

Fragebogen Neurologische Erkrankungen

Antragsnummer:

Antragsteller:

zu versichernde Person:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?	
2. Wann traten die Symptome zum ersten Mal auf?	
3. Bestehen noch Symptome? Wenn ja, sind sie konstant, variabel, sich verbessernd oder nach und nach verschlechternd? Wenn nein, wann hatten Sie das letzte Mal Beschwerden? Bitte geben Sie das genaue Datum an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ _____
4. Bezüglich der Symptome:	
a) Sehvermögen – Hatten Sie jemals folgende Symptome? Wenn Sie eine der Fragen mit Ja beantwortet haben, machen Sie bitte nähere Angaben, einschließlich Schweregrad und wann (bitte geben Sie das genaue Datum an).	Verlust oder Trübung des Sehvermögens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Doppelsichtigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blitzlichter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Andere Probleme des Sehvermögens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ _____ _____

<p>b) Sprechen und Hören - Hatten Sie jemals folgende Symptome? Wenn Sie eine der Fragen mit JA beantwortet haben, machen Sie bitte entsprechende Angaben, einschließlich Schweregrad und wann (bitte geben Sie das genaue Datum an).</p>	<p>Undeutliche Aussprache oder Schwierigkeiten beim Sprechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Tinnitus (Ohrensausen oder Klingelgeräusche) im Ohr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schwierigkeiten beim Hören? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>c) Schwäche, Lähmung oder anormale Empfindungen - Hatten Sie jemals folgende Symptome? Wenn Sie eine der Fragen mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte entsprechende Angaben, einschließlich Schweregrad wann (bitte geben Sie das genaue Datum an).</p>	<p>Gefühllosigkeit oder Verlust der Sinneswahrnehmung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>„Ameisenlaufen“, Kribbeln oder Parästhesie (Einschlafen der Glieder)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Glieder- oder Muskelschwäche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schwierigkeiten beim Gehen, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Stehen oder Ataxie (unkontrollierte oder überschüssige Bewegungen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>d) Darm und Blase – Hatten Sie jemals folgende Symptome? Wenn Sie eine der Fragen mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte entsprechende Angaben, einschließlich Schweregrad und wann (bitte geben Sie das genaue Datum an).</p>	<p>Veränderung in der Häufigkeit des Harndrangs oder Inkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Veränderung in der Häufigkeit des Stuhlgangs oder Inkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>e) Andere – Hatten Sie jemals folgende Symptome? Wenn Sie eine der o. a. Fragen mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte entsprechende Angaben, einschließlich Schweregrad und wann (bitte geben Sie das genaue Datum an).</p>	<p>Schwindelgefühle oder Schwindelanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gesichtsschmerzen oder Gesichtslähmung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bewusstlosigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Periodisch auftretende Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Andere neurologische oder sensorische Symptome? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Wurden Sie für eine Zweitmeinung an einen Spezialisten oder zu Untersuchungen überwiesen? Wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben mit Name und Adresse des Arztes und seinem Schwerpunktgebiet, sowie Datum, Art und Ergebnissen der Untersuchungen, die durchgeführt wurden oder durchgeführt werden sollen. Wenn eine Konsultation geplant ist, geben Sie bitte an wann und bei welchem Arzt (Name und Adresse).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer gegenwärtigen Behandlung, mit Bezeichnung und Dosierung jedes Medikaments. Sollten diese Arzneimittel oder deren Dosierungen in den letzten zwei Jahren geändert worden sein, machen Sie bitte Angaben dazu und weshalb die Umstellung erfolgte.</p>	
<p>7. Schweregrad:</p>	
<p>a) Gibt es oder gab es Behinderungen oder Einschränkungen Ihrer Arbeitsfähigkeit? Wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben mit Dauer aller Arbeitsunfähigkeiten in den letzten zwei Jahren.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>b) Hat Ihre Erkrankung Sie veranlasst, Ihre nicht-beruflichen Tätigkeiten zu ändern oder einzuschränken, z.B. Sport, Hobbys, Verkehrsmittel? Wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>c) Benutzen Sie einen Rollstuhl oder eine andere Gehhilfe, z.B. einen Treppenlift? Wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>d) Benötigen oder erhalten Sie Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen wie z.B. Anziehen, Essenszubereitung, Hausarbeit, Baden? Wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>e) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz ein Grad der Behinderung (GdB), eine Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung (MdE) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? Wenn ja, bitte nähere Angaben (Seit wann? Rentenbezugsdauer? Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:</p>	
<p>9. Ergänzende Angaben/Informationen:</p>	
<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich weiß, dass Canada Life bei Verletzung meiner Pflichten, vollständige und richtige Angaben zu machen, vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anpassen, kündigen oder die Leistung verweigern kann.</p> <p>Ich bestätige weiter, dass ich das beiliegende Blatt "Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz" erhalten und zur Kenntnis genommen habe..</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p> <p>(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)</p>	

Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen im Antrag und die Ihnen gestellten Fragen, insbesondere Gesundheitsfragen, Fragen zu besonderen Risiken im beruflichen und privaten Bereich sowie Fragen über bereits abgeschlossene bzw. beantragte Lebensversicherungen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life nachzuholen. Dies kann z.B. schriftlich über einen ggf. verfügbaren Papierantrag erfolgen. Alternativ kann Ihnen Ihr Vermittler auch einen individuellen Link zur Online-Risikoprüfung zusenden, sofern diese Möglichkeit für den jeweiligen Tarif besteht.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Für Verträge, die bedingungsgemäß die Auszahlung eines Rückkaufswerts vorsehen, zahlen wir den Rückkaufswert, sofern nicht bei Versicherungen innerhalb der betrieblichen Altersversorgung das Betriebsrentengesetz entgegensteht. Für alle anderen Verträge erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.
- d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.
- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und

zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

- g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.
- h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.