

Fragebogen „Diabetes“

Zum Antrag vom	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antragsteller	Zu versichernde Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können auch rückwirkend zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

1. Wie lautet die Diagnose / Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes*	<input type="checkbox"/> Glucosetoleranzstörung
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>		

* bei Schwangerschaftsdiabetes und aktuell bestehender Schwangerschaft muss dieser Fragebogen nicht weiter ausgefüllt werden.

2. Wann erkrankten Sie erstmals?

3. Welche Untersuchungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung	<input type="checkbox"/> Glukosetoleranztest	
<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> Werte außerhalb der Norm: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Werte außerhalb der Norm: <input type="text"/>	
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung / -messungen	<input type="checkbox"/> Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/> Augenärztliche Untersuchung
<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Erhöhte Werte (bitte die letzten 3 angeben)	<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin	<input type="checkbox"/> Netzhautschäden
Datum: <input type="text"/> Wert: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bakterien im Urin	<input type="checkbox"/> Hautausschläge
Datum: <input type="text"/> Wert: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Glukose im Urin	<input type="checkbox"/> Linsenschäden
Datum: <input type="text"/> Wert: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Sonstige Schäden: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschall der Bauchorgane	<input type="checkbox"/> Nierenärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/> Untersuchung der Füße
<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Befund: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nierenschäden	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen
	<input type="checkbox"/> Sonstige Schäden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
		<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>

4. Bitte geben Sie die letzten 3 gemessenen Langzeitzuckerwerte (HbA1c) mit Datum an.

<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>

5. Bitte geben Sie die letzten 3 gemessenen Blutdruckwerte mit Datum an.

Datum

Datum

Datum

6. Welche Therapien werden in den letzten 5 Jahren zur Behandlung durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)

Einnahme von Tabletten Name Dosierung
 Einnahme regelmäßig bei Bedarf zuletzt am

Insulinspritzen / -pumpe Name

Ambulante Diabeteschulungen Stationäre Rehabilitation

Ernährungsumstellung Sport / Bewegung

Sonstige

7. Sind bei Ihnen schon einmal folgende Beschwerden in den letzten 5 Jahren aufgetreten oder bestehen sie noch? (Mehrfachnennungen möglich)

Kribbeln der Füße / Hände Kribbeln der Hände Hypoglykämischer Schock

Durchblutungsstörungen der Füße Durchblutungsstörungen Hände Hyperglykämisches Koma

8. Nehmen Sie aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren auf, oder haben Sie in den letzten 5 Jahren aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?

Ja (e-)Zigaretten pro Tag

(e-)Zigarre pro Tag

(e-)Pfeife pro Tag

pro Tag

Nein

Ich rauche nicht mehr seit

9. Wurden Sie in einem Krankenhaus ambulant oder stationär in den letzten 5 Jahren behandelt?

Ja, am , wegen

Krankenhaus:

Nein

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen?

Ja Wann? Wie lange?

Nein

11. Bestehen in Ihrem Beruf folgende Risiken?

- Unregelmäßige Pausenzeiten
 Schicht- / Wechseldienste / Wochenendarbeit
 Mittelschwere oder schwere körperliche Arbeit
 Arbeiten in Höhen
 Tätigkeiten, die nicht spontan unterbrochen werden können
 Arbeiten auf unwegsamem Gelände
 Führen von KFZ und / oder Maschinen
 Lange KFZ-Fahrten
 Erhöhte Unfallgefahr

12. Von wem (Arzt, Krankenhaus etc.) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht, beraten oder behandelt? Bitte Name, Anschrift und Behandlungszeitraum angeben.

13. Medizinische Unterlagen und ärztliche Befundberichte

Bitte reichen Sie uns vorliegende medizinische Unterlagen und ärztliche Befundberichte mit ein. Dies ermöglicht, dass Ihr Antrag schneller bearbeitet werden kann.

Unterschriften

Die nachfolgenden Unterschriften bestätigen die Richtigkeit der obigen Antworten. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

Vielen Dank für Ihre Angaben

Hinweis:

Sofern zusätzliche Angaben auf der Rückseite dieses Fragebogens oder einem gesonderten Blatt vorgenommen wurden, sind diese unbedingt von der zu versicherten Person gegenzuzeichnen.

A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

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.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer fondsgebundenen Rentenversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Bei einer fondsgebundenen Rentenversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung 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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre 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.