

## Zusätzliche Erklärung - Krampfadern -

---

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

- 
1. Wo genau bestehen oder bestanden die Krampfadern (z. B. Beine, Luftröhre, Bauch-  
Brustbereich usw.)

.....  
Beine:     einseitig         beidseitig

2. In welcher Ausdehnung (Beschwerdegrad) bestehen oder bestanden die Krampfadern?

leichter Grad (z. B. Besenreiser)

mittlerer Grad

schwerer Grad

3. Werden oder wurden Kompressionsstrümpfe getragen?

ja                     nein

4. Ist ein Geschwür („offenes Bein“) aufgetreten?

ja                     nein

Wann?

.....  
Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Ärzte?  
.....  
.....  
.....

5. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja                     nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und von wann bis wann?

6. Wurden Operationen durchgeführt?

ja                     nein  
.....

7. Wurden Verödungen durchgeführt?

ja       nein

Wann?

.....

8. Wie oft und wann haben Sie an Venenentzündungen gelitten (Anzahl und Zeitpunkt)?

.....

.....

9. Sind Thrombosen oder Embolien aufgetreten?

ja       nein

Anzahl und Zeitpunkt:

.....

.....

10. Welche Beschwerden bestehen noch?

.....

.....

.....

11. Ist ein operativer Eingriff vorgesehen (z. B. Verödung, Venenoperation)?

ja, Art und Zeitpunkt: \_\_\_\_\_  nein

12. Welche Ärzte haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch?

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte. Von wann bis wann? Wegen welcher Erkrankung?

.....

.....

.....

13. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?

ja       nein

- Von wann bis wann bzw. seit wann?

.....

- Wie viel Prozent?

.....

- Aus welchem Grund?

.....

14. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig?

.....

ja             nein

- Wegen welcher Erkrankung?

.....  
- Von wann bis wann?  
.....

**Vorstehende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann alleine verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt.**

**Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.**

Diese Fragen und Ihre Antworten sind Bestandteil des Antrages.

.....  
Ort, Datum

.....  
(Unterschrift der zu versichernden Person)