

Zusätzliche Erklärung - Magen- und Zwölffingerdarmerkrankungen -

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

1. Leiden oder litten Sie an irgendeiner Erkrankung des Magens oder Zwölffingerdarms?
 ja nein

2. Welche Diagnose stellte der Arzt (z. B. Säuremangel oder Übersäuerung, Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Geschwulst)?

.....

.....

3. Wie oft und von wann bis wann haben Sie daran gelitten?

.....

.....

4. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja nein

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

.....

5. Wurden Kuren durchgeführt?

ja nein

Wo (Name und Anschrift der Kureinrichtung) und von wann bis wann?

.....

6. Wurden Operationen durchgeführt?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und wann?

.....

7. Sind Sie völlig geheilt?

ja nein

Falls ja, seit wann

.....

Falls nein, welche Beschwerden bestehen noch (z. B. Sodbrennen, Magenschmerzen)?

8. Ist eine Operation vorgesehen? Falls ja, Art der Operation, wann?

ja nein

.....

.....

9. Halten Sie eine Diät ein?

ja nein

10. Welche Medikamente nehmen Sie?

.....

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

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

.....

.....

.....

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)