

## Zusätzliche Erklärung - Schilddrüsenerkrankung -

---

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

---

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Struma, Basedow, Hyperthyreose, Hypothyreose, Thyreotoxikose, Immunthyreoiditis)?

.....

2. Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

.....

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte?

.....

.....

3. Welche Beschwerden haben bzw. hatten Sie (z. B. Atemnot, Heiserkeit, Angstzustände, Unruhe usw.)?

.....

.....

4. Leiden oder litten Sie an Herzklopfen oder Pulsbeschleunigung?

ja       nein

5. Hat der Halsumfang in den letzten Jahren zugenommen?

ja       nein

6. Wie ist Ihr derzeitiger Halsumfang?

.....

7. Wurde ein Radio-Jod-Test durchgeführt?

ja       nein

Wann und mit welchem Befund?

.....

.....

8. Ist eine Operation vorgesehen?

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

\_\_\_\_\_

9. Wurde bereits eine Operation durchgeführt?

ja       nein

Wann und mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. War der Operationsbefund eindeutig gutartig?

ja       nein

11. Benötigen Sie Medikamente?

ja       nein

Welche?

\_\_\_\_\_

12. Seit wann sind Sie völlig beschwerdefrei?

\_\_\_\_\_

13. Welche Folgen sind ggf. zurückgeblieben?

\_\_\_\_\_

**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)