

Fragebogen/Selbstauskunft zu „Rückenbeschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule“ zum Versicherungsantrag bei der Mannheimer Versicherung AG

Versicherungsantrag

Datum _____
Antragsnummer _____

Versicherte Person

Nachname _____
Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Angaben in dieser Selbstauskunft müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein. Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden. Die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung entnehmen Sie bitte der letzten Seite dieser Selbstauskunft in der „Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Bitte wählen Sie einen Punkt aus:

- Die in der Selbstauskunft gestellten Fragen zu Rückenbeschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule kann ich vollständig beantworten.
(Bitte nachfolgende Fragen vollständig beantworten.)
- Die in der Selbstauskunft gestellten Fragen zu Rückenbeschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule kann ich **nicht** vollständig und sachgerecht beantworten.
(Nachfolgend benennen Sie bitte ausschließlich den Arzt vollständig. Weitere Fragen sind im Formular nicht zu beantworten.)

Ich willige ein, dass die Mannheimer Versicherung AG die zur Risikobeurteilung oder Leistungsfallprüfung erforderlichen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zur Diagnose Rückenbeschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule bei meinem behandelnden Arzt erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich entbinde insoweit die für die Mannheimer Versicherung AG tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht. Den im Folgenden genannten Arzt und seine Mitarbeiter entbinde ich von ihrer Schweigepflicht und willige in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Mannheimer Versicherung AG ein. Ich kann dieser Einwilligung jederzeit widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen (vgl. Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf SUPRIMA).

Gegebenenfalls anfallende Kosten des Arztes werden von mir übernommen.

Name und Anschrift des behandelnden Arztes _____
Datum _____
Unterschrift der zu versichernden Person _____

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

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall/-verwölbung operiert | <input type="checkbox"/> Verspannung der Rückenmuskulatur | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom HWS | <input type="checkbox"/> Blockierung HWS |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall/-verwölbung nicht operiert | <input type="checkbox"/> Spondylose (Wirbelgleiten) | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom BWS | <input type="checkbox"/> Blockierung BWS |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | <input type="checkbox"/> Lumbago/Lumboischialgie | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom LWS | <input type="checkbox"/> Blockierung LWS |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenfehlstellung (z. B. Skoliose) | <input type="checkbox"/> Arthrose/Osteochondrose | <input type="checkbox"/> Rundrücken | <input type="checkbox"/> Flachrücken |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> degeneratives Rückenleiden („Verschleiß“) | |
| <input type="checkbox"/> Verletzung der Wirbelsäule und zwar _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | |

2. Bestehen oder bestanden weitere Nebendiagnosen zu den abgefragten Erkrankungen/Beschwerden?

- Ja
- Nein

Versicherte Person

Nachname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

3. Nur wenn Frage 2 mit „Ja“ beantwortet wurde: Welche Nebendiagnosen bestehen oder bestanden?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausstrahlende Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Gefühlsstörung der Arme und/oder Beine | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Kribbeln, an _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | | |

4. Welche Ursachen sind bekannt?

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verschleiß | <input type="checkbox"/> rheumatische Symptome | <input type="checkbox"/> Überlastung | <input type="checkbox"/> Unfall |
| <input type="checkbox"/> Entzündung | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

5. Welche körperlichen Beschwerden bestehen zur Zeit oder haben in den letzten 5 Jahren bestanden? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen an der Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen an der Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen an der Lendenwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

6. Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Datum _____ (mindestens MM/JJJJ)

7. Wie oft treten bzw. traten die Beschwerden in den letzten 5 Jahren auf und in welchem Umfang?

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> einmalig | wann _____ | wie lange? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> wiederholt | wann erstmalig _____ | letztmalig am _____ | Häufigkeit _____ | |
| <input type="checkbox"/> dauernd | wann erstmalig _____ | letztmalig am _____ | Häufigkeit _____ | |

8. Welche Behandlungen finden noch bzw. fanden bereits in den letzten 5 Jahren statt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | | |
|---|---------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medikation | Name _____ | | | |
| | Dosierung _____ | | | |
| | Einnahme seit _____ | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____ | <input type="checkbox"/> dauerhaft | |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | Zeitraum _____ | | | |
| | Ergebnis _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT)-/ Computertomographie | Zeitraum _____ | | | |
| | Ergebnis _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | Zeitraum _____ | | | |
| | Ergebnis _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Massagen/Fango | Zeitraum _____ | | | |
| | Anzahl/ Anw. _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | Zeitraum _____ | | | |
| | Anzahl/ Anw. _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | Zeitraum _____ | | | |
| | Anzahl/ Anw. _____ | | | |

Sofern Behandlungen stattgefunden haben, bitte den Befundbericht beifügen.

Versicherte Person

Nachname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

8. Welche Behandlungen finden noch bzw. fanden bereits in den letzten 5 Jahren statt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Chirotherapie Zeitraum _____
Anzahl/Anw. _____
- Injektion/Neuraltherapie Zeitraum _____
Anzahl/Anw. _____
- Blutuntersuchung _____
- Rehabilitation _____
- Operation _____
- Ruhigstellung/Schonung _____
- Berufswechsel _____
- Sonstiges: _____

Sofern Behandlungen stattgefunden haben, bitte den Befundbericht beifügen.

9. Fand bereits ein stationärer Aufenthalt oder ein Kur- bzw. Sanatoriumsaufenthalt statt bzw. ist ein solcher geplant?

- Ja* Zeitraum _____
- angeraten wann _____ *Bitte Befund beifügen
- Nein

10. Bestanden wegen der o. g. Erkrankung in den letzten 5 Jahren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja Zeitraum _____ von _____ bis _____
- Nein

11. Ist die Therapie abgeschlossen?

- Ja, seit _____
- Nein

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja, seit _____
- Nein

13. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- Ja
- Nein, folgende Einschränkungen bestehen _____

14. Sind Sie während Ihrer Arbeit Belastungen ausgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Bücken Heben und Tragen von Lasten Arbeiten in Zwangshaltungen Langes Stehen
- Lange KFZ-Fahrten Erschütterungen
- Sonstiges _____

Versicherte Person

Nachname

Vorname

Versicherungsnummer

Bitte wählen Sie einen Punkt aus:

- Ich erkläre, dass alle im Antrag gemachten Angaben – insbesondere zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen – nach wie vor zutreffend sind. Seit dem Zeitpunkt der Antragstellung sind keine Erkrankungen oder Unfälle eingetreten. Es wurden keine Behandlungen angeraten, begonnen oder durchgeführt, die der Mannheimer Versicherung AG nicht schon bekannt sind.
- Seit Antragstellung angeratene, begonnene oder durchgeführte Behandlungen und/oder eingetretene Erkrankungen oder Unfälle sind auf einem besonderen Blatt vermerkt.

Unterschriften

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

Datum

Unterschrift des
Antragstellers
(Versicherungsnehmer)

Datum

Unterschrift der zu
versichernden Person*

* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, 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 unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere 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.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung 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 unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Vertragsänderung kann zum Wegfall des Versicherungsschutzes für einen bereits eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall führen.

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

4. Ausübung unserer Rechte

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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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.