

Fragebogen/Selbstauskunft zu „Schilddrüsenerkrankungen“ 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 Schilddrüsenerkrankungen kann ich vollständig beantworten. (Bitte nachfolgende Fragen vollständig beantworten.)
- Die in der Selbstauskunft gestellten Fragen zu Schilddrüsenerkrankungen 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 Schilddrüsenerkrankung 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 wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose (Unterfunktion) | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose (Überfunktion) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenautonomie | <input type="checkbox"/> Morbus Basedow |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenzyste | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom | <input type="checkbox"/> Entzündung des Schilddrüsengewebes (Hashimoto-Thyreoiditis) | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten | <input type="checkbox"/> Struma/Kropf (Schilddrüsenvergrößerung) | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |
| <input type="checkbox"/> heiße Knoten | <input type="checkbox"/> tastbar aber nicht sichtbar | Grad _____ | |
| <input type="checkbox"/> warme Knoten | <input type="checkbox"/> sichtbar | Grad _____ | |
| <input type="checkbox"/> kalte Knoten | | | |

2. Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie zurzeit oder haben Sie in den letzten 5 Jahren gelitten? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Frieren | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Depressive Phase | <input type="checkbox"/> Kreislaufstörungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Nervosität/Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Beschwerden mehr seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | | |

Versicherte Person

Nachname _____
Vorname _____ Versicherungsnummer _____

3. Seit wann besteht die Erkrankung?

Datum _____ (mindestens MM/JJJJ)

4. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Name _____ Dosierung _____ Einnahme seit _____
Name _____ Dosierung _____ Einnahme seit _____
 Nein

5. Bitte nennen Sie uns das Ergebnis der letzten 3 TSH-Wert-Bestimmungen. Falls bekannt bitte auch die Werte für T3 und T4.

Wert TSH _____ T3 _____ T4 _____ Datum _____
Wert TSH _____ T3 _____ T4 _____ Datum _____
Wert TSH _____ T3 _____ T4 _____ Datum _____

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

Ultraschall der Schilddrüse CT MRT Blutuntersuchung
 Schilddrüsenszintigrafie Biopsie Sonstige _____

7. Wurden bei den Untersuchungen krankhafte Werte und/oder Befunde erhoben?

Ja, folgende _____ Datum _____
 Nein

8. Wurde eine Radiojodtherapie oder eine Operation durchgeführt bzw. geplant oder angeraten?

Ja* Datum der Operation _____ Art der Operation _____
 angeraten Datum der Operation _____ Art der Operation _____
 Nein *Bitte Befund beifügen

9. Ist Ihre Therapie abgeschlossen?

Ja, seit _____
 Nein

10. Nur bei „kalten Knoten“ beantworten: Liegt ein gutartiger Befund vor?

Ja
 Nein

11. Nur bei einer „Schilddrüsenvergrößerung (Kropf)“ beantworten: Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?

Ja
 Nein

Versicherte Person

Nachname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

12. Nur bei einer „Schilddrüsenvergrößerung (Kropf)“ beantworten: Ist die Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen?

- Ja
 Nein

13. Bestanden wegen der o. g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja Zeitraum von _____ bis _____
 Nein

14. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja, seit _____
 Nein

15. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja, seit _____
 Nein

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) _____

X

Datum _____

Unterschrift der zu
versichernden Person* _____

X

* 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.