Fragebogen Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus

Versicherungsnehmer:
(falls nicht gleichzeitig zu versichernde Person)

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Zu versichernde Person:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a.G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, schriftlich nachzuholen.
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 Versicherungsfalls, 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 Versicherungsfalls
- 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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufswerts, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf unser Kündigungsrecht im Fall einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir. Bei Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Für künftige Versicherungsfälle haben Sie in diesem Fall nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Leistung. Wird die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, haben Sie für künftige Versicherungsfälle keinen Versicherungsschutz mehr. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung
Können wir bei fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung durch Sie 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 rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Vertragsanpassungsrecht. Vertragsanpassungen erfolgen in Form von Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Im Fall der Ausschlussklausel besteht kein Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Umstände (z. B. Erkrankungen, Sportarten, etc.). Erklären wir die Anpassung in Form der Ausschlussklausel nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn die ausgeschlossenen Umstände mit dem Versicherungsfall in keinem Zusammenhang stehen, d. h. nicht kausal sind. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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 Vertrags 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.

1. Wann wurde die Zuckerkrankheit (Diabetes) bei Ihnen erstmals festgestellt?

_____

2. Stehen oder standen Sie deshalb in laufender ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?
(Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Arztes)

☐ ja _____ ☐ Nein

_____

3. Wann haben Sie den Arzt zuletzt aufgesucht? am _____

4. Wie wird der Diabetes behandelt?

☐ keine Behandlung

☐ Diät: _____ Broteinheiten / Tag

☐ Tabletten: _____ Name; _____ Dosis / Tag

☐ Insulin: _____ Einheiten / Tag

5. Wurde bei Ihnen:

Eiweiß im Urin festgestellt (= Albuminurie)?

☐ Ja, zuletzt am _____ ☐ Nein ☐ unbekannt

Zucker im Urin festgestellt (= Glucosurie)?

☐ Ja, zuletzt am _____ ☐ Nein ☐ unbekannt

Keton (Aceton) im Urin festgestellt (= Acetonurie)?

☐ Ja, zuletzt am _____ ☐ Nein ☐ unbekannt

6. Ist bei Ihnen jemals ein Koma (Unterzucker) aufgetreten?

☐ Ja, am _____ ☐ Nein

7. Ist bei Ihnen jemals ein Schockzustand aufgetreten?

☐ Ja, am _____ ☐ Nein

8. Ergebnisse der letzten Laboruntersuchungen (falls bekannt)
(Wenn möglich, bitte Eigenaufzeichnungen oder Laborblatt beifügen.)

	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
Nüchternblutzucker (NBZ / BZ)			
Blutzucker postprandial (= nach dem Essen)			
HbA1 c			
Kreatinin			
Cholesterin, gesamt			
HDL			
LDL			
Triglyzeride			
sonstige: _____			

9. Kontrollieren Sie Ihre Blutzuckerwerte selbst? (Ergebnis?)

_____

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Zuckerkrankheit (Diabetes) arbeitsunfähig gewesen? (Wann? Dauer?)

_____

11. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? (Wann?)

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

12. Rauchen Sie? ☐ Ja, seit _____ ☐ Nein

(Wenn ja, was? Seit wann? Wieviel täglich?)

☐ Zigaretten: _____ Stück / Tag

☐ sonstiges: _____ Stück / Tag

13. Bestehen oder bestanden Durchblutungsstörungen der Beine? Arme? des Gehirns? sonstiger Organe?

_____

14. Bestehen oder bestanden Gefühlsstörungen oder Kraftminderung der Arme / Hände oder Beine / Füße?

_____

15. Wurde eine Augenuntersuchung (Augenhintergrund) durchgeführt? (Wann zuletzt? Ergebnis?)

_____

16. Wurden Blutdruckwerte gemessen? ☐ Ja (Ergebnisse bitte eintragen) ☐ Nein

Blutdruckwerte am	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____
in Ruhe	_____ / _____ mm HG systolisch / diastolisch	_____ / _____ mm HG systolisch / diastolisch	_____ / _____ mm HG systolisch / diastolisch
Werte unter Medikation	☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein	☐Ja ☐Nein

17. Bestehen bei Ihnen Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE / GdB)?

☐ Ja _____ % GdB ☐ Nein

_____ % MdE

Grund: _____

18. Zusätzliche Angaben: (z.B. nehmen Sie weitere (oben nicht genannte) Medikamente ein?, diabetische "Spätschäden"?, Komplikationen?...)

_____

_____

_____

Bitte fügen Sie Ihnen vorliegende Ärztliche Befunde oder Berichte in Kopie bei.

Die **"Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht"** wurde mir ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

_____

Unterschrift Versicherungsnehmer

_____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter