

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Bluthochdruck

1. Wann wurde bei Ihnen erstmals Bluthochdruck diagnostiziert?

2. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle?

Nein

Ja, wann zuletzt? _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

3. Welche Untersuchungsergebnisse wurden zuletzt ärztlich festgestellt?

Blutdruckmessung

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg
unter Medikamenteneinnahme? Ja Nein

Langzeit-Blutdruckmessung

Wann? _____ Ergebnis: _____
Tagesmittelwert: _____ / ____ mm Hg

Nachtmittelwert: _____ / ____ mm Hg

Ruhe-EKG

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Ergometrie/EKG unter Belastung

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Untersuchung des Augenhintergrunds

am: _____ **Normalbefund?**

Ja Nein: bitte nähere Angaben: _____

Untersuchung der Blutfette

Wann? Cholesterin: _____

_____ HDL: _____

Triglyceride: _____

4. Kontrollieren Sie Ihren Blutdruck selbst?

Nein

Ja, Blutdruckmessung

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg
unter Medikamenteneinnahme? Ja Nein

5. Bestehen oder bestanden im Zusammenhang mit dem Bluthochdruck weitere Erkrankungen oder Beschwerden?

Nein Ja,

am Herzen (z. B. Engegefühl in der Brust)

Welche? _____

an den Blutgefäßen (z. B. Arterienverkalkung)

Welche? _____

an den Nieren (z. B. Niereninsuffizienz)

Welche? _____

an den Augen (z. B. Veränderungen des Augenhintergrunds) Welche? _____

Gicht*

Blutfetterhöhung

Übergewicht

Blutzuckererhöhung/Diabetes Mellitus**

Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code) _____

*Bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Hyperurikämie-Gicht“

**Bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Diabetes“

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Bluthochdruck

6. Wie wird der Blutdruck behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente (z. B. Tabletten)

Welche Medikamente?

Wie oft?

Wann zuletzt?

- Andere Behandlung _____

7. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebene Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Münchener Verein Lebensversicherung AG, Sitz München, HRB 211154, AG München

Aufsichtsratsvorsitzender: Franz Xaver Peteranderl

Mitglieder des Vorstands: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller

Direktion: Pettenkoferstr. 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Seite 2 von 2

01310028