

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Schilddrüsenerkrankungen

1. Welche Erkrankung oder Funktionsstörung der Schilddrüse bestehen oder bestanden?

(Mehrfachnennung möglich)

- Unterfunktion
- Überfunktion (z. B. Morbus Basedow)
- Kropf / Struma
- Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto)
- Heißer Knoten
- Kalter Knoten
- Zyste
- Krebs
- Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. Welche Beschwerden oder Symptome liegen oder lagen vor?

(Mehrfachnennung möglich)

- keine Beschwerden
- Heiserkeit
- Schluckbeschwerden
- Atemnot
- Pulsbeschleunigung
- Nervosität
- Schweißausbrüche
- Kardiale Symptome (z. B. Herzinsuffizienz)
- Gewichtsveränderung seit Beschwerdebeginn
 - zugenommen
 - abgenommen

_____ wie viel? _____ kg

- Andere

3. Wann sind die Beschwerden / Symptome erstmals aufgetreten

_____ Wann sind die Beschwerden / Symptome zuletzt aufgetreten?

4. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente (z. B. Tabletten)
Welche? _____

Wie oft? _____

Seit wann? _____

Wann zuletzt? _____

- Strahlentherapie
 - erfolgt
 - geplantWann? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Operation?
 - erfolgt
 - geplantWann? _____

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Schilddrüsenerkrankungen

5. Welche Untersuchungen wurden zuletzt bei Ihnen durchgeführt?

- Keine Untersuchung**
 Schilddrüsenhormone
Wann? _____

Ergebnis? _____

- Sonographie / Ultraschall**
Wann? _____

Ergebnis? _____

- Szintigraphie**
Wann? _____

Ergebnis? _____

- Feingewebliche Untersuchung (Bösartigkeit)**
Wann? _____

Ergebnis? _____

6. 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 angegebenen 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)