

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Venenerkrankungen

1. Welche Erkrankung oder Beschwerden der Venen? liegen oder lagen vor?

- Krampfadern / Varizen
- Venenentzündung / Phlebitis
- Postthrombotisches Syndrom
- Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

3. Bitte geben Sie folgende Einzelheiten zu Ihrer Venenerkrankung an:

Lokalisation (Mehrfachnennung möglich)

- Unterschenkel rechts links
- Oberschenkel rechts links

Ausprägung

- Besenreiser (oberflächlich, nur kosmetisch störend)
- Leichtgradig (keine Symptome, Kompressionsstrümpfe nicht erforderlich)
- Mittelgradig (Schwellung der Beine, Ödembildung, Kompressionsstrümpfe erforderlich)
- Schwergradig (Beingeschwür, Venenentzündung, Kompressionsstrümpfe erforderlich)

4. Treten oder traten Komplikationen im Zusammenhang mit der Venenerkrankung auf (z. B. Thrombose, Embolien)?

- Nein
- Ja, welche?

Wann? _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____

5. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

- Keine Behandlung
- Kompressionsstrümpfe
- Medikamente (z. B. Tabletten, Spritzen)
Welche Medikamente?

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

- Operation
- erfolgt geplant
- Wann? _____

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere

6. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde Ihnen dies empfohlen?

- Nein
- Ja, wann? _____
Ursprünglicher Beruf? _____

Neuer Beruf? _____

7. Üben Sie eine sitzende Tätigkeit aus?

- Nein
- Ja

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Lebensversicherung vom _____

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Venenerkrankungen

8. 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)

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

01390028