

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Verdauungskrankheiten

1. Welche Erkrankungen oder Beschwerden bestehen oder bestanden?

(Mehrfachnennung möglich)

- Refluxösophagitis
- Hiatushernie
- Gallensteine
- Fettleber
- Leberzirrhose
- Reizdarm
- Magenschleimhautentzündung
- Reizmagen
- Divertikulitis
- Chronische Darmentzündung (z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn): welche?

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

2. Wie äußern oder äußerten sich die Beschwerden?

(Mehrfachnennung möglich)

- Bauchschmerzen
- Krämpfe
- Sodbrennen
- Übelkeit, Erbrechen
- Gewichtsverlust
- Durchfall
- Völlegefühl
- Kolik
- Blut im Stuhl
- Verstopfung
- Andere

3. Welche Ursachen oder Faktoren sind bekannt?

(Mehrfachnennung möglich)

- Stress, Nervosität
- Helicobacter pylori
- Krampfadern/Varizen der Speiseröhre
- Ernährung bzw. Mangelernährung
- Infektion
- Genussgifte (z. B. Nikotin, Alkohol, Kaffee): welche und Menge?

Andere

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Einmalig
- Wiederholt, zuletzt: _____
- Andauernd / chronisch

6. Welche Untersuchungen werden oder wurden bereits durchgeführt (z. B. Magenspiegelung, Gewebeentnahme)?

Wie lauten die Befunde?

(Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

7. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung/Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente
Welche Medikamente?

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

Operation?

- erfolgt
- geplant

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

Andere

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Verdauungskrankheiten

8. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein
- Ja, einmalig von _____ bis _____
- Ja, mehrmals
zuletzt von _____ bis _____

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

9. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- Ja
- Nein, welche Einschränkungen bestehen noch?

10. Bestehen derzeit noch Beschwerden?

- Nein, keine Beschwerden mehr seit: _____
- Ja, welche?

11. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

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)