

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Wirbelsäulenerkrankungen

1. Welche Erkrankungen oder Beschwerden der Wirbelsäule liegen oder lagen vor?

(Mehrfachnennung möglich)

- Verspannung / Myogelosen
- Skoliose
 - bis 20° nach Cobb
 - über 20° nach Cobb
- Blockierung
- Überlastung (z. B. durch schweres Heben, Sport)
- HWS-/LWS-/BWS-Syndrom
- Hexenschuss / Lumbalgie
- Schleudertrauma
- Bandscheibenvorfall / Prolaps
- Bandscheibenverwölbung / Protusion
- Wirbelgleiten / Spondylolisthesis
- Morbus Scheuermann
 - ohne Auswirkung auf Statik und Funktion
 - mit Auswirkung auf Statik und Funktion
- Wirbelsäulenabnutzung
- Arthrose
- Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

3. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Keine Beschwerden
- Einmalig
- Wiederholt, wie oft? _____
wann zuletzt? _____
- Andauernd / chronisch

4. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden innerhalb der letzten 3 Jahre arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein
- Ja, insgesamt bis zu 14 Tage
- Ja, insgesamt mehr als 14 Tage

5. Üben Sie eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aus (z. B. Heben, Tragen, Autofahren, Zwangshaltung, Erschütterungen)?

- Nein
- Ja, bitte machen Sie nähere Angaben

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

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

Neuer Beruf? _____

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

- Keine Behandlung
- Krankengymnastik
- Medikamentös: Welche Medikamente? _____

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

- Krankenhaus- oder Kuraufenthalt

- erfolgt
- geplant

von _____ bis _____

Bitte legen Sie Kopien des Entlassungsberichts bei

- Operation

- erfolgt
- geplant

von _____ bis _____

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere _____

8. Sind Sie völlig beschwerdefrei und benötigen keine Behandlungen?

- Nein
- Ja, seit: _____

Zusätzliche Angaben zum Antrag auf Lebensversicherung vom _____

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Wirbelsäulenerkrankungen

9. 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

01410028