

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Hyperurikämie / Gicht

1. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____

2. Wie lautet die genaue Diagnose?

- (Ausschließlich) Hyperurikämie
- Gichtarthritis

3. Wie häufig treten die Anfälle auf?

- Nie bis maximal 1x jährlich
- Mehr als 1x jährlich

zuletzt am _____

4. Leiden Sie an Knotenbildung (tophöse Gicht)?

- Nein
- Ja

Falls ja, wo haben Sie die Knoten?

5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Nein
- Ja

Falls ja, welcher Art (z. B. Bier, Wein, Spirituosen) und wie oft?

6. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente
Welche Medikamente und Dosis?

7. Welche Harnsäurewerte wurden zuletzt ärztlich festgestellt?

Wann? _____ Ergebnis: _____ mg/dL

Wann? _____ Ergebnis: _____ mg/dL

8. Leiden Sie zudem unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Nein
- Leukämie
- Lymphom
- Schuppenflechte / Psoriasis
- Nephrolithiasis (Nierenstein)
- Gichtnephropathie
- Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

9. Werden Sie zudem mit Betablockern

(z. B. Propranolol) **oder** Antikoagulantien (z. B. Warfarin, Mancumar) **medikamentös behandelt?**

- Nein
- Ja

Welche Medikamente und Dosis?

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

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

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Hyperurikämie / Gicht

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

Nein

Ja, wann? _____

Ursprünglicher Beruf? _____

Neuer Beruf? _____

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

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben bzw. am Unterricht teilnehmen?

Ja

Nein, welche Einschränkungen bestehen?

13. 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 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)