SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
oder sofern angekreuzt
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Fragebogen Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Versicherungsnummer	RINR	Datum der Antragstellung

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum Versicherte Person

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 3 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person

1 Wann wurde die Zuckerkrankheit (Diabetes) bei Ihnen erstmals festgestellt?

am: _____

2 Sind in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) Zuckerkrankheiten und/oder Bluthochdruck bekannt?

Bei wem? _____

3 Wann erfolgten Behandlungen — von - bis — Name und Anschrift des Arztes/der Klinik

- ambulant _____ _____
- stationär _____ _____
- in einer Diabetes-Klinik _____ _____

4 Wann haben Sie den Arzt zuletzt aufgesucht?

am: _____

5 Gewichtsveränderungen in den letzten 12 Monaten

um _____ kg ☐ zugenommen ☐ abgenommen

6 Wie wird der Diabetes behandelt?

☐ Keine Behandlung

☐ Diät: _____ BE bzw. KH/Tag

☐ Tabletten: _____ Präp., Name

☐ Dosis/Tag: _____

☐ Insulin: _____ Einheiten/Tag

☐ Name des Insulin-Präparates: _____

_____

☐ Insulinpumpe: _____ Einheiten/Tag

7 Ist bei Ihnen jemals eine Unterzuckerung (Hypoglykämie) aufgetreten?

☐ Nein ☐ Ja, am: _____

8 Ergebnisse der letzten Laboruntersuchungen:
(Wenn möglich, bitte Eigenaufzeichnungen oder Laborblatt beifügen).

	Datum:	Datum:	Datum:
- HbA1c (in den letzten Jahren)			
- Kreatinin			
- Harnsäure			
- Cholesterin, gesamt			
- HDL-Chol.			
- LDL-Chol.			
- Triglyceride			
- im Urin (24 h-Untersuchung):			

Zucker? ☐ Nein ☐ Ja

Eiweiß? ☐ Nein ☐ Ja

Albumin? ☐ Nein ☐ Ja

9 Rauchen Sie?
Rauchen ist das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Rauchtabak (Feinschnitt oder Pfeifentabak) oder sonstigem Tabak unter Feuer. Hierzu zählen ebenso die Benutzung einer Wasserpfeife/Shisha und eines elektrischen oder elektronischen Geräts wie beispielsweise einer e-Zigarette, einer e-Zigarre, einer e-Pfeife oder einer e-Shisha.

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

10 Sind im Verlauf der Zuckerkrankheit Komplikationen aufgetreten (z. B. Erkrankungen der Augen (Retinopathie? Wurden die Augen gelasert?), Nierenerkrankungen, Störungen der arteriellen Durchblutung, Neuropathien, Polyneuropathie (Mißempfindungen), Gangrän, Kältegefühl der Füße, Schmerzen beim Laufen)?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

_____

wann? _____

Erfolgten deswegen Behandlungen? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

_____

	von - bis	Name und Anschrift des Arztes/der Klinik
- ambulant	_____	_____
	_____	_____
- stationär	_____	_____
	_____	_____

11 Wurden Blutdruckwerte gemessen?

☐ Nein ☐ Ja, Blutdruckwerte (Ergebnisse bitte eintragen)

Datum		Datum	
_____ / _____	mmHG	_____ / _____	mmHG
systolisch / diastolisch		systolisch / diastolisch	
Datum		Datum	
_____ / _____	mmHG	_____ / _____	mmHG
systolisch / diastolisch		systolisch / diastolisch	

12 Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

_____

13 Sind Sie aufgrund der Zuckerkrankheit (Diabetes) arbeitsunfähig gewesen?

☐ Nein ☐ Ja, wann? _____ Dauer? _____

Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? ☐ Nein ☐ Ja
(Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)

_____

_____

_____

14 Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsunfähigkeit? (Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bitte angeben)

☐ Nein ☐ Ja, _____ % GdB

15 Sind Sie im Besitz eines Diabetespasses? (Ggf: bitten wir um Übersendung einer Fotokopie)

☐ Nein ☐ Ja

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist	Eigenhändige Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.