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

SIGNAL IDUNA

Fragebogen Herz-/Kreislauf- und Blutdruckanomalien

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

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 Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

_____

2 Unter welchen Beschwerden / Symptomen haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?
(z. B. Schwindel, Kopfdruck, Atemnot, Herzjagen, Herzstolpern, Druck/Brennen o. Stiche in der Herzgegend, Schwellung der Beine)

_____

3 Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

_____

4 Wie lange hielten die Beschwerden/Symptome an?

(Zeitraum) _____

5 Kam es jemals zu Rezidiven? (erneuten Anfällen)

☐ Nein ☐ Ja, am: _____

6 Kam es jemals zu Bewußtseinsverlust? (Synkopen, Ohnmachtsanfällen o. Ä.)

☐ Nein ☐ Ja, am _____ wie lange? _____

7 Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

8 Findet oder fand eine medikamentöse Behandlung statt? (Name und Dosierung des Medikamentes)

☐ Nein ☐ unregelmäßig ☐ bei Bedarf

Medikament: _____

Dosierung: _____

9 Ist eine operative Behandlung des Herzens oder der Gefäße erfolgt oder geplant?

☐ Nein ☐ Ja - Welche? _____

Wann? _____

Durch wen? _____

Ggf. Ergebnis? _____

(Bitte OP- oder Krankenhausbericht - falls vorhanden - beilegen)

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

10 Wurde ein (Langzeit-) Elektrokardiogramm (EKG), eine Ergometrie, eine Röntgenuntersuchung, eine Echokardiographie (Sonographie) durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja - Was: _____

Wann: _____

Ergebnis: _____

11 Wurden Herzrhythmusstörungen festgestellt?

☐ Nein ☐ Ja - welcher Art? _____

(Bitte Befund vom Kardiologen beilegen, falls vorhanden)

12 Wurden Blutdruckwerte gemessen?

☐ Nein ☐ Ja, Blutdruckwerte (Ergebnisse bitte eintragen)

in Ruhe	Datum _____	Datum _____
	_____ / _____ mmHG systolisch diastolisch	_____ / _____ mmHG systolisch diastolisch
Medikation	Datum _____	Datum _____
	_____ / _____ mmHG systolisch diastolisch	_____ / _____ mmHG systolisch diastolisch

Liegt eine 24-Std.-Messung (Langzeit-Blutdruck) vor? (Bitte Befund beilegen, falls vorhanden)

☐ Nein ☐ Ja

13 Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?

☐ Nein ☐ Ja, wann? _____ Dauer? _____ von _____ bis

14 Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?

☐ Nein ☐ Ja _____

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

☐ Nein ☐ Ja _____ % GdB

16 Bei welchem Arzt befinden Sie sich in Behandlung mit den oben angezeigten Beschwerden?

Name und Anschrift: _____

17 Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____ Zigaretten: _____ Stück / täglich

Sonstiges: _____

18 Haben Sie früher geraucht?

☐ Nein ☐ Ja, was? _____ _____ Stück / täglich

Seit wann sind Sie Nichtraucher? _____

Sonstiges: _____

19 Haben Sie einen Blutdruckpass? (Ggf. bitten wir um Übersendung einer Kopie)

☐ Nein ☐ Ja

20 Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?
Wenn ja, welche und in welchem Umfang

☐ Nein ☐ Ja _____

21 Leidet oder litt jemand in Ihrer Familie an Herz-/Kreislauferkrankungen oder an Bluthochdruck?
Wenn ja, wer, wann und welche Erkrankung?

☐ Nein ☐ Ja _____

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

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.		