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

SIGNAL IDUNA

# Fragebogen Wirbelsäulenerkrankung

**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 Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

_____

2 Ordnen Sie die Erkrankung eine der folgenden Begriffe zu:

| | | |
|---|---|---|
| Bandscheibenerkrankung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelsäulenverkrümmung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelblockierung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelsäulenkontusion (-prellung) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelsäulenfraktur (-bruch) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelsäulenkompression (-quetschung) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wirbelsäulenverletzung sonstiger Art | ☐ Nein | ☐ Ja |

3 Wo genau liegen die Beschwerden?

| | | |
|---|---|---|
| Halswirbelsäule | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Brustwirbelsäule | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Lendenwirbelsäule | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Nacken | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Arm | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Schulterblatt | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Hüfte | ☐ Nein | ☐ Ja |

4 Konnten Sie oder Ihr Arzt Ursachen für die Beschwerden feststellen?
(z. B. altersbedingte Abnutzung, Belastung durch Sport / Beruf, Verheben, Unfall...)

☐ Nein ☐ Ja, welche

_____

_____

Festgestellt von: _____

_____

**Versicherte Person** (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

5 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Wann _____ Bei welcher Tätigkeit geschah dies? _____

6 Wann traten die Beschwerden letztmalig auf?

Wann _____ Bei welcher Tätigkeit geschah dies? _____

7 Finden oder fanden folgende Maßnahmen statt:

Name und Anschrift des Arztes / Klinik ☐ Nein ☐ Ja _____

ärztliche Behandlung / Beratung? ☐ Nein ☐ Ja _____

Krankenhausbehandlung? ☐ Nein ☐ Ja _____

Kur-Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja _____

Begutachtungen? Durch wen? ☐ Nein ☐ Ja
(z. B. Versorgungsamt, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) _____

Medikamenteneinnahme? ☐ Nein ☐ Ja Medikament und Dosis _____

Massagen / Fango? ☐ Nein ☐ Ja, Stück _____ Zeitraum: _____

Chirotherapie? ☐ Nein ☐ Ja, Stück _____ Zeitraum: _____

Akupunktur? ☐ Nein ☐ Ja, Stück _____ Zeitraum: _____

8 Wie oft treten / traten die Beschwerden auf?

☐ ständig ☐ häufig ☐ selten ☐ einmalig

9 Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____

10 Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden bereits arbeitsunfähig gewesen?

☐ Nein ☐ Ja, von _____ bis _____

11 Wurde eine Röntgenuntersuchung, Computer- oder Kernspintomographie durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja Datum: _____

Ergebnis: _____

12 Besteht eine Beinlängendifferenz?

☐ Nein ☐ Ja, (seit ☐ Geburt / ☐ Unfall vom _____ )

Wenn ja; Wieviel cm beträgt die Differenz? _____

Erfolgt ein Längenausgleich? ☐ Nein ☐ Ja

**Versicherte Person** (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

13 Ist eine Operation vorgesehen / durchgeführt worden?

☐ Nein ☐ Ja, am _____

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

☐ Nein ☐ Ja, % GdB _____

**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. | | |