Formular löschen

Fragebogen / Selbstauskunft zu „Bluthochdruck (Hypertonie)“ zum Versicherungsantrag (Datum/Antragsnummer) bei der Continentale Lebensversicherung AG, München bzw. bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Versicherte Person

Nachname

Vorname

Versicherungsnummer zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Versicherungsnummer Krankenversicherung

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

☐ essentielle (primäre) Hypertonie ☐ sekundäre Hypertonie ☐ sonstige

2. Unter welchen Symptomen / Beschwerden leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren?

☐ Schwindel	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Atemnot/Husten	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Herzrasen/Stolpern	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Sehstörungen	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Druck/Engegefühl i. d. Herzgegend	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Leistungsminderung / Müdigkeit	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Kopfschmerzen	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Ohrensausen	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Schweißausbrüche	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit
☐ Nervosität/Unruhe	wann erstmalig	letztmalig am	Häufigkeit

☐ sonstige

☐ keine Beschwerden

3. Seit wann besteht die Erkrankung?

Datum (mindestens MM/JJJJ)

4. Bitte teilen Sie uns Ihre zuletzt gemessenen Blutdruck- und Herzfrequenzwerte (Puls) mit:

Blutdruckwert am			
in Ruhe	mmHG systolisch / mmHG diastolisch	mmHG systolisch / mmHG diastolisch	mmHG systolisch / mmHG diastolisch
Herzfrequenz	/ Minute	/ Minute	/ Minute
Wert unter Medikation?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

1e.3770b/03.20

Versicherte Person

Nachname | Vorname

Versicherungsnummer zur Berufsunfähigkeits-Versicherung | Versicherungsnummer Krankenversicherung

5. Müssen oder mussten Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente einnehmen oder waren sonstige Maßnahmen erforderlich?

☐ Ja, regelmäßige Medikation

Von | bis | Name | Dosierung

Von | bis | Name | Dosierung

☐ Ja, unregelmäßige Medikation / Bedarfsmedikation

Wie häufig | Name | Dosierung

Wie häufig | Name | Dosierung

☐ Ja, sonstige Maßnahme (z.B. Sport, Gewichtsreduzierung)

☐ Nein, keine Therapie erforderlich

6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung in den letzten 5 Jahren durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ 24-Stunden-Blutdruckmessung ☐ Ergometrie (Belastungs- EKG) ☐ 24-Stunden-EKG ☐ EKG

☐ Echocardiographie (Herz-Ultraschall) ☐ Herzkatheteruntersuchung ☐ CT (Computertomographie des Herzens) ☐ Blutuntersuchung

☐ MRT (Magnetresonanztomographie des Herzens) ☐ Sonstige

7. Welche Befunde wurden bei den unter Punkt 6 genannten Untersuchungen erhoben?

☐ Kein krankhafter Befund (Abkürzung (o.p.B. / oB)

☐ Krankhafter Befund, und zwar

8. Wurden zusätzlich erhöhte Laborwerte festgestellt?

Cholesterin-/Blutfettwerte	Ja, am		Ergebnis	☐ Nein
Glukose-/Blutzuckerwerte	Ja, am		Ergebnis	☐ Nein
Nierenwerte (Kreatinin/ Harnstoff)	Ja, am		Ergebnis	☐ Nein
Harnsäure	Ja, am		Ergebnis	☐ Nein
Eiweiß im Urin	Ja, am		Ergebnis	☐ Nein

9. Fand ein stationärer Krankenhausaufenthalt statt bzw. ist ein solcher angeraten?

☐ Ja (bitte Befund beifügen) Datum der Operation | Art der Operation

☐ angeraten Datum der Operation | Art der Operation

☐ Nein

10. Bestanden wegen der o.g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ Ja von | bis

☐ Nein

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ Ja, seit

☐ Nein

1e.3770b/03.20

Versicherte Person

Nachname

Vorname

Versicherungsnummer zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Versicherungsnummer Krankenversicherung

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ Ja, seit

☐ Nein

Unterschriften

Ich habe die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf der letzten Seite zur Kenntnis genommen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen gelesen und verstanden habe. Ich habe sie vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen.

Ich weiß, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. bei einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ganz oder teilweise verweigern können mit der Folge, dass:

- in der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung kein oder nur ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht

- in der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung kein oder nur eingeschränkter Versicherungsschutz besteht

Datum

✘ Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Datum

✘ Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahren*

✘ ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.

Die in der Selbstauskunft gestellten Fragen zu Bluthochdruck (Hypertonie) kann ich nicht vollständig und sachgerecht beantworten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. die zur Risikobeurteilung oder Leistungsfallprüfung erforderlichen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zur Diagnose Bluthochdruck (Hypertonie) bei meinem behandelnden Arzt erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich entbinde insoweit die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht. Den im Folgenden genannten Arzt und seine Mitarbeiter entbinde ich von ihrer Schweigepflicht und willige in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G ein. Ich kann dieser Einwilligung jederzeit widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. (vgl. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung):

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Datum

✘ Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahren*

✘ ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die zu versichernde Person. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? – Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes** – Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

   Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

   • weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls

   • noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

   ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Rentenversicherung oder einer Kapitalversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags, bei einer Risikoversicherung oder Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

2. **Kündigung** – Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen. Bei einer Berufsunfähigkeits-Versicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

   Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. **Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes** – Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen.

   Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichtet die Continentale Lebensversicherung auf das Recht zu Vertragsanpassung bzw. steht der Continentale Krankenversicherung das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu.

   Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

4. **Ausübung der Rechte** – Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

   Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren) nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. **Stellvertretung durch eine andere Person** – Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.