

# Ärztliches Zeugnis Teil I\*

(Befragung durch einen Internisten)

\*Nur notwendig, wenn kein Ärztlicher Befundbericht durch den Hausarzt erstellt wird.

Name			Vorname			Geburtsdatum		
PLZ		Wohnort		Straße und Hausnummer				

**Erklärung des Arztes:**  
Ich bin mit der zu befragenden Person verwandt oder verschwägert  nein  ja  
(Falls „ja“, darf die Befragung nicht vorgenommen werden.)

**Erklärungen der zu befragenden Person vor dem Arzt:**  
Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und ist mit „nein“ oder „ja“ zu beantworten. Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages oder der unverbindlichen Anfrage.

**Hinweise bei Stellung einer unverbindlichen Anfrage:**  
Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt haben, füllen Sie bitte auch als Anfragender sämtliche Felder aus. Die im folgenden gemachten Angaben werden dann Bestandteil Ihrer Versicherungsanfrage.

## Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) 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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, 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 uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass 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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere 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. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

##### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

##### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

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

##### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf 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 Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene 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.

	nein ▼	ja ▼	Wenn ja, welche, wann, wie oft? Befund?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
1. <b>Bestanden</b> oder <b>bestehen</b> bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:				
a) des <b>Herzens oder der Kreislauforgane</b> , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)-fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) der <b>Verdauungsorgane</b> , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) des <b>Gehirns oder Rückenmarks</b> , der Nerven, Geistesstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmacht, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) psychischer oder psychosomatischer Art, wie z.B. Depressionen, Überforderungssyndrom, Burn-out-Syndrom etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g) der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? li _____ re _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h) der Ohren, z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l) Geschwülste (Tumore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
o) sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
p) bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? Gab es bei evtl. vorausgegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			In welchem Monat? _____	
2. a) Wurde Ihnen die regelmäßige Einnahme von Medikamenten ärztlich verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, welche, wann, weshalb?</b> <b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>	
b) Nahmen oder nehmen Sie Rauschgifte oder Medikamente ohne ärztliche Verordnung zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, welche, wann?</b>	
c) Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, was und wie häufig (Anzahl/täglich)?</b>	
d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, was, wie viel und wie häufig?</b>	
3. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, welcher Art, welche Folgen?</b> <b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>	
b) Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, welchen?</b>	
	▲ nein	▲ ja		

4. a) Sind Sie operiert worden oder ist eine Operation vorgesehen?	nein ja ▼ ▼ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, wann, weshalb? Befund?</b>	<b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>
b) Sind Sie mit Röntgen- Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden oder ist dies vorgesehen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, wann, weshalb?</b>	<b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>
5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, warum und Ergebnis?</b>	<b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>
b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, Ergebnis?</b>	<b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>
6. a) Waren Sie aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, wann, wie lange, weshalb?</b>	<b>Behandelnde Ärzte mit Anschrift</b>
b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, weshalb? Von welcher Stelle?</b>	
c) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte den Grund und den Grad in % angeben!</b>	
7. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, wann?</b>	
8. a) Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, wann, weshalb? Befund?</b>	<b>Ärzte mit Anschrift</b>
b) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ▲ ▲ nein ja	<b>Wenn ja, wann, weshalb? Befund?</b>	<b>Einrichtung mit Anschrift</b>
9. a) Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?		<b>Name und Anschrift des Arztes</b>	
b) Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht?		<b>Name und Anschrift des Arztes</b>	<b>Wann? Weshalb? Befund?</b>
<p>Sofern Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt haben, sind die vorstehend gemachten Angaben verbindlich. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt haben, machen Sie die soeben gemachten Angaben erst mit Unterzeichnung der Annahmeerklärung zum Inhalt des Versicherungsvertrages.</p>			
_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift der untersuchten Person	
_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift des Arztes	Arztstempel
<p>Wir bieten Ihnen für diese Befragung ein Honorar von 25,00 EUR an. Bitte beachten Sie, dass wir das o. g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechendes Antragsformular Ihres Patienten vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie Ihre Liquidation bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.</p>			