



Selbstauskunft		Epilepsie - Z 8		Stand 10.2020	
ADNR		PNR/VSNR		Abt. B – Risikoprüfung	
Versicherte Person			Geburtsdatum		
Anschrift					
Berufliche Tätigkeit					
<p>Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Lebensversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf der Seite 4 von 4 über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.</p>					

<p>1. Wie lautet die Ihnen mitgeteilte ärztliche Diagnose genau?</p>	<p>_____</p> <p>Anfallstyp:</p> <p><input type="checkbox"/> generalisierte Anfälle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Grand-Mal-Anfälle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Absencen (Petit Mal)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Tonische Anfälle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sonstige - welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> fokale Anfälle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörungen</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Komplex-fokal mit Bewusstseinsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Psychogene Anfälle</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige – welche? _____</p>
<p>2. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Erkrankung bekannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma <input type="checkbox"/> Strukturveränderung des Gehirns</p> <p><input type="checkbox"/> Hirntumor <input type="checkbox"/> Gehirnentzündung (Enzephalitis)</p> <p><input type="checkbox"/> angeborene Epilepsie (genetisch bedingt)</p> <p><input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung des Gehirns</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Ursache – welche? _____</p>
<p>3. Wann trat bei Ihnen der erste Anfall auf?</p>	<p>am: _____</p>
<p>4. Wie lange dauert ein Anfall im Allgemeinen?</p>	<p>_____ Minuten</p>
<p>5. Wie häufig treten die Anfälle im Jahr auf?</p>	<p>_____ pro Jahr</p>
<p>6. Wann war der letzte Anfall?</p>	<p>am: _____</p>

7. Sind Sie derzeit völlig anfalls- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
8. Treten Krämpfe mit Bewusstlosigkeit auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Ist es schon einmal zum Status epilepticus gekommen? Wenn ja, wie oft, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
10. Haben Sie sich während der Anfälle verletzt? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben z.B. Zungenbiss, Wunden, usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
11. Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst durch:	<input type="checkbox"/> Fieber (als Kind) <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Schlafmangel <input type="checkbox"/> Lichtreize <input type="checkbox"/> Alkoholgenuss <input type="checkbox"/> Sonstige – welche? _____
12. Gibt es Auslöser, die Sie nicht vermeiden können?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
13. Wird die Epilepsie mit Medikamenten behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> regelmäßig mit _____ Dosierung _____
14. Rauchen Sie? Wie viel täglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zigaretten _____ Stück/täglich
15. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische Störungen aufgetreten (z.B. Konzentrationsstörungen, Depressionen, Psychose, Suizidversuch)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann zuletzt? _____

<p>16. Wurde ein EEG (Messung der Hirnströme) angefertigt bzw. eine Röntgenuntersuchung oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, von wem, Ergebnis?)</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Ergebnis: _____		
<p>17. Von wem (Arzt/ Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?</p>	Name/Anschrift	Zeitpunkt/ Zeitraum	Untersuchungen/ Behandlungen
<p>18. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/ Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____		
<p>19. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ % GdB/MdE		
<p>20. Können Sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausüben?</p>	<input type="checkbox"/> nein, keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> ja, Einschränkungen: _____		
<p>21. Wurden ärztlicherseits bisher bei Ihnen Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst, Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung) und Erlaubnisse (z.B. KFZ-Führung) ausgesprochen?</p>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche Einschränkungen? _____		
<p>22. Zusätzliche Angaben</p>	_____ _____ _____		

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift des Antragstellers

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht



Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag 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 HanseMerkur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg 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 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 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 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.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig 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. Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung.

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

3. Vertragsänderung

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 unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf unser Recht der Vertragsänderung.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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 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 haben wir die Umstände anzugeben, 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.

Bitte senden an

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B – Risikoprüfung
Postfach
20352 Hamburg