

Fragebogen Tumore / gutartige Geschwulste

Antragsnummer:

Antragsteller:

zu versichernde Person:

1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. Fettgeschwulst, Lipom, Tumor, etc.)

2. An welchem Körperteil bzw. in welchem Organ befindet/befand sich der Tumor?

3. Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden in Bezug auf die Erkrankung?

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Ist eine operative Tumorentfernung erfolgt? nein ja, am.....

Wenn ja,

- Konnte der Tumor vollständig entfernt werden? ja nein

- Kam es zu erneutem Auftreten des Tumors? ja nein

6. Sind Sie zu Kontrolluntersuchungen gegangen?

nein ja, Wann zuletzt? Ergebnis?

7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

ja, seit..... nein, Welche Folgen/Beschwerden bestehen noch?

8. Falls **keine** Operation erfolgte,

- wie wurde die Art des Geschwulstes exakt festgestellt (z.B. Probeexcision, Punktion)?

- wird regelmäßig auf Größenzunahme kontrolliert? ja, am..... nein
 Wenn ja: Wann zuletzt?

- konnte Größenzunahme ausgeschlossen werden? ja nein

9. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente? Wenn ja: Welche? Dosierung?

nein ja, Welche? Dosierung?

Dauer: von

bis:

10. Konnte bei dem Tumor **Bösartigkeit** mit Sicherheit ausgeschlossen werden?
 ja unbekannt nein

11. Sind Sie mit Isotopen, Röntgen-, Radium- oder anderen Strahlen behandelt (= bestrahlt) worden? Wann? Durch wen?
 nein ja, Zeitraum:
 Arzt:

 Welche Behandlung:

12. Wurde eine chemotherapeutische Behandlung, Interferon-, Hormontherapie o.ä. durchgeführt? Wann? Durch wen?
 nein ja, Zeitraum:
 Arzt:

 Welche Behandlung:

13. Wurde oder wird eine sonstige Nachsorge**behandlung** durchgeführt? Wann? Durch wen?
 nein ja, Zeitraum:
 Arzt:

 Welche Behandlung:

14. Von wem (Arzt/Krankenhaus/Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

| Name/Anschrift | Zeitpunkt/Zeitraum | Welche Untersuchungen/Behandlungen sind erfolgt? |
|----------------|--------------------|--|
| | | |
| | | |

15. Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist
 Name/Anschrift:

16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?
 nein ja, von bis

17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
 ja nein, Welche Einschränkungen bestehen?

18. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz ein „Grad der Behinderung“ (GdB)? Wenn ja, bitte nähere Angaben (Seit wann? Rentenbezugsdauer?) Bitte Bewilligungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen.

nein..... ja.....

19. Zusätzliche Angaben:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich weiß, dass Canada Life bei Verletzung meiner Pflichten, vollständige und richtige Angaben zu machen, vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anpassen, kündigen oder die Leistung verweigern kann.

Ich bestätige weiter, dass ich das anliegende Blatt "Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz" erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter;
ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)