

Fragebogen ASTHMA/ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zur Erkrankung

1. Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus? (auch Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pollen (z. B. Gräser, Bäume) | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben, Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, -zusatzstoffe | <input type="checkbox"/> Arbeitsstoffe (z. B. Kunstharze, Lösemittel) |
| <input type="checkbox"/> Tiere (z. B. Katzen, Vögel) | <input type="checkbox"/> Metalle (z. B. Nickel, Chrom, Kobalt) | <input type="checkbox"/> Licht, Wärme, Kälte |
| <input type="checkbox"/> Bienen, Wespen | <input type="checkbox"/> Kosmetika, Reinigungs-/
Desinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. „Umweltsyndrome“/MCS)
Welche? _____ |

2. Seit wann tritt bei Ihnen die allergische Unverträglichkeit/Erkrankung auf?

- 0 - 5 Jahre > 5 - 10 Jahre mehr als 10 Jahre

Angaben zu Atemwegserkrankungen:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:

3. Allergische Rhinitis Nein mit Behandlung/Beschwerden:
- Heuschnupfen, Ja zeitlich begrenzt auf _____ Wochen pro Jahr
- Pollinosis, über das gesamte Jahr
- Bindehautentzündung,
- Dauerschnupfen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Art der medikamentösen Behandlung

- nur bei Bedarf
- Dauermedikation
- Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Cortison
- antiallergische Tabletten
- Asthmatabletten
- Asthmaspray
- Cortisontabletten

Präparatename(n): _____

4. Asthma Nein Art der medikamentösen Behandlung
- asthmatische/spastische Bronchitis, Ja nur bei Bedarf
- Atemnot, Dauermedikation
- Reizhusten, Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Cortison
- KH-Aufenthalt oder Notfallbehandlung antiallergische Tabletten
- (status asthmaticus) Asthmatabletten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Art der medikamentösen Behandlung

- nur bei Bedarf
- Dauermedikation
- Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Cortison
- antiallergische Tabletten
- Asthmatabletten
- Asthmaspray
- Cortisontabletten

Präparatename(n): _____

5. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeföhrt? Nein Ja von – bis: _____
 behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 derzeit noch Beschwerden/Medikamenteneinnahme

6. Sonstige Erkrankungen der Atemwege (z. B. chronische Bronchitis, Staublunge, Lungenemphysem) Nein Ja Welche? _____
Seit wann? _____

Angaben zur Haut:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:

7. Neurodermitis, atopische Dermatitis endogenes Ekzem Nein Ja lokal eng begrenzt Anzahl der Herde: _____
 flächig ausgebreitet Bestand in den letzten 5 Jahren eine Ausbreitungstendenz des Ekzems auf andere Körperregionen?
 Nein Ja

8. Allergisches Kontaktekzem Nein Ja von – bis: _____
 einmalig mehrfach behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

9. Urticaria, Nesselsucht Nein Ja von – bis: _____
 einmalig mehrfach behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

10. Arzneimittelexanthem Nein Ja von – bis: _____
 einmalig mehrfach behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

11. Lichtdermatosen/Lichtreaktionen der Haut Nein Ja von – bis: _____
 einmalig mehrfach behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

Angaben zu weiteren Allergien/Unverträglichkeiten:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren:

12. Insektengiftallergie Nein Ja Hyposensibilisierung durchgeföhrt?
 Nein Ja von – bis: _____

13. Nahrungsmittelallergie Nein Ja von – bis: _____
 behandlungs- und beschwerdefrei derzeit noch in Behandlung

14. Quincke-Ödem, anaphylaktischer Schock Nein von – bis: _____
 Ja behandlungs- und beschwerdefrei
 derzeit noch in Behandlung

15. Wurden Kuren oder Reha-Massnahmen durchgeföhrt? Nein von – bis: _____
 Ja einmalig
 mehrfach

16. Rauchen Sie oder konsumieren Sie elektrische Zigaretten (E-Zigaretten)? Nein
 Ja

17. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren arbeitsunfähig bzw. länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig? Nein
 Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

18. Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) innerhalb der letzten fünf Jahre einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits angeraten?
Falls ja: bitte nähere Angaben:

19. Treten oder traten innerhalb der letzten fünf Jahre allergische Erkrankungen in der Familie auf? Mutter
 Vater
 Geschwister

20. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung? Hausarzt
 Dermatologe
 HNO-Arzt
 Lungenfacharzt
 Sonstige: _____
Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)