

# Fragebogen ASTHMA

## 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. Wann wurde das Asthma erstmalig festgestellt?

\_\_\_\_\_

2. Welche Asthma-Form liegt vor?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma            | <input type="checkbox"/> Berufsbedingtes Asthma |
| <input type="checkbox"/> Infektbedingtes Asthma         | <input type="checkbox"/> Endogenes Asthma       |
| <input type="checkbox"/> Gemischtförmiges Asthma        | <input type="checkbox"/> Unbekannt              |
| <input type="checkbox"/> Anstrengungsbedingtes Asthma   | <input type="checkbox"/> Sonstige Form: _____   |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinduziertes Asthma |   |

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung? Falls ja: Seit wann?

Nein

Ja von – bis: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Untersuchung? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen (z. B. Röntgen, Bronchoskopie, Lungenfunktionsprüfung, EKG, Allergietest, Labor) durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? \_\_\_\_\_

5. Erfolgt innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Lungenfacharzt, Allergologen, Internisten)?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? \_\_\_\_\_

6. War innerhalb der letzten zehn Jahre ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? \_\_\_\_\_

7. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? \_\_\_\_\_

8. Bestehen weitere Erkrankungen der Atemwege (z. B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Nasennebenhöhlenentzündung)?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

9. Wie häufig haben Sie Asthma-Anfälle?

\_\_\_\_\_-mal jährlich

\_\_\_\_\_-mal monatlich

\_\_\_\_\_-mal wöchentlich

unregelmäßig

10. Besteht eine Herzerkrankung, in deren Folge ein sogenanntes Herzasthma auftritt?

Nein

Ja

11. Lag innerhalb der letzten fünf Jahre ein Status asthmaticus vor?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Wie lange? \_\_\_\_\_

12. Wie wird Ihr Asthma bronchiale behandelt?

Dosieraerosol

Tabletten

Sonstige Behandlung: \_\_\_\_\_

Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben. \_\_\_\_\_

Die Einnahme erfolgt:  Regelmäßig  Bei Bedarf

13. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden (z. B. Luftnot, Husten, Auswurf)?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

14. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: \_\_\_\_\_

15. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? \_\_\_\_\_

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

Nein

Ja

Falls ja: Wie viel? Seit wann? \_\_\_\_\_

17. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 beigelegt.  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)