

Fragebogen AUGENERKRANKUNGEN/SEHSTÖRUNGEN

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. Welche Augenerkrankung/Sehstörung besteht oder bestand innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung/Sehstörung einseitig beidseitig

2. Sind Sie

kurzsichtig weitsichtig

rechts dpt (sphär. Wert) _____ links dpt (sphär. Wert) _____

rechts dpt (zylindr. Wert) _____ links dpt (zylindr. Wert) _____

3. Ist die Erkrankung/Sehstörung

Angeboren

Unfallbedingt

Unbekannter Ursache

Folge einer anderen Erkrankung/Störung? Welcher? _____

4. Wie tritt oder trat die Erkrankung/Sehstörung innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

Einmalig Nein Ja Wann? _____ Von – bis: _____

Mehrfach Nein Ja Wie oft? _____ Wann erstmalig? _____ Von – bis: _____

Wann zuletzt? _____ Von – bis: _____

Fortwährend/dauernd Nein Ja Seit wann? _____

5. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine Netzhautablösung festgestellt?

Nein

Ja

6. Hat Ihre Augenerkrankung/Sehstörung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____

Ja, welche? (Bitte nähere Angaben): _____

7. Befinden Sie sich in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Nein

Ja

Falls ja: Seit wann? Wie oft? Wann zuletzt? _____

8. Wie wird oder wurde Ihre Augenerkrankung/Sehstörung innerhalb der letzten fünf Jahre behandelt?

- Keine Behandlung Seit wann? _____
- Korrektur mit Brille (siehe Brillenpass) rechts dpt (sphär. Wert) _____ links dpt (sphär. Wert) _____
rechts dpt (zylindr. Wert) _____ links dpt (zylindr. Wert) _____
- Korrektur mit Kontaktlinsen rechts dpt (sphär. Wert) _____ links dpt (sphär. Wert) _____
(siehe Kontaktlinsenpass) rechts dpt (zylindr. Wert) _____ links dpt (zylindr. Wert) _____
- Augentropfen Welche? (Präparatename) _____
- Weitere Medikamente Welche? (Präparatename) _____
- Operation/Operation geplant Welche? _____ Wann? _____
- Laserbehandlung Welches Auge? _____ Wann? _____
Wie oft? _____
- Hornhauttransplantation Welches Auge? _____ Wann? _____
- Eine Nachbehandlung der Hornhauttransplantation mit Kortisonaugentropfen
- Wird zur Zeit noch durchgeführt, seit wann? _____
- Wurde durchgeführt und ist abgeschlossen. Behandlungsdauer? _____

9. Es erfolgte eine Korrektur der Fehlsichtigkeit durch eine Laser-OP innerhalb der letzten zehn Jahre:

- Nein
- Ja Werte vor der Operation: rechts dpt (sphär. Wert) _____ links dpt (sphär. Wert) _____
rechts dpt (zylindr. Wert) _____ links dpt (zylindr. Wert) _____
Werte nach der Operation: rechts dpt (sphär. Wert) _____ links dpt (sphär. Wert) _____
rechts dpt (zylindr. Wert) _____ links dpt (zylindr. Wert) _____

Bestehen Beschwerden? (z.B. Blendempfindlichkeit, Narbenbildung etc.) Bitte beschreiben Sie diese:

10. Welche Untersuchungen wurden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen durchgeführt?

- Keine Untersuchung
- Bei Astigmatismus/Hornhautverkrümmung: Haben sich die Dioptrienwerte für den Astigmatismus (zylindr. dpt-Wert) in den letzten 5 Jahren verändert? Nein
 Ja, bitte nähere Angaben: _____
- Untersuchung des Augeninnendruckes Nein
 Ja, wann? _____
Ergebnis: rechtes Auge _____ linkes Auge _____
- Bei Glaukom – Ist der Augeninnendruck in den letzten 5 Jahren im Normbereich? Nein
 Ja
- Untersuchung des Gesichtsfeldes Nein
 Ja, wann? _____
Ergebnis: rechtes Auge _____ linkes Auge _____
- Untersuchung des Augenhintergrundes Nein
 Ja, wann? _____
Ergebnis: rechtes Auge _____ linkes Auge _____
- Blutdruckmessung Wann? _____
Ergebnis: _____
- Blutzuckerkontrolle Wann? _____
Ergebnis: _____
- Sonstige: Welche? _____
Wann? _____ Ergebnis: _____

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

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

12. Haben Sie wegen Ihrer Augenerkrankung/Sehstörung innerhalb der letzten fünf Jahre einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?

Nein

Ja

Falls ja: Bitte nähere Angaben. _____

13. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?

Hausarzt

Internist

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)