

Kinder-Fragebogen ASTHMA / ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Angaben zur versicherten Person

Zu versicherndes Kind _____

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 dem zu versichernden Kind allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus? (auch Mehrfachnennungen möglich)

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

2. Seit wann tritt bei dem zu versichernden Kind die allergische Erkrankung/Unverträglichkeit auf?

Angaben zu Atemwegserkrankungen:

Bestehen oder bestanden bei dem zu versichernden Kind innerhalb der letzten fünf Jahre folgende Krankheitserscheinungen:

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

Art der medikamentösen Behandlung

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

Präparatename(n): _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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
- Asthmaspray
- Cortisontabletten

Präparatename(n): _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

5. Sonstige Erkrankungen der Atemwege (z. B. chronische Bronchitis)? Nein Ja

Welche Erkrankung? _____
 behandlungs- und beschwerdefrei
seit: _____
 derzeit noch Beschwerden/Medikamenteneinnahme

6. Besteht oder bestand eine Infektanfälligkeit und/oder wurde ein hyperreagibles Bronchialsystem diagnostiziert? Nein Ja

Welche Erkrankung? _____
Wie oft treten bzw. traten Symptome auf? _____
 behandlungs- und beschwerdefrei
seit: _____
Wie werden bzw. wurden die Beschwerden behandelt?

Angaben zur Haut:

Bestehen oder bestanden bei dem zu versichernden Kind innerhalb der letzten fünf Jahre folgende Krankheitserscheinungen:

7. Neurodermitis, atopische Dermatitis endogenes Ekzem Nein Ja

Dauer und Häufigkeit der Beschwerden:

behandlungs- und beschwerdefrei
seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

8. Arzneimittelexanthem Nein Ja

Dauer und Häufigkeit der Beschwerden:

behandlungs- und beschwerdefrei
seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

9. Nahrungsmittelallergie bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeit Nein Ja

Dauer und Häufigkeit der Beschwerden:

behandlungs- und beschwerdefrei
seit: _____
 derzeit noch in Behandlung

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten steht das zu versichernde Kind wegen den genannten Diagnosen in Behandlung?
Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

Hausarzt
 Dermatologe
 HNO-Arzt
 Lungenfacharzt
 Sonstige: _____

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 des gesetzlichen Vertreters des zu versichernden Kindes