

# Kinder-Fragebogen AUGENERKRANKUNGEN/SEHSTÖRUNGEN

## 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. Welche Augenerkrankung/Sehstörung besteht oder bestand innerhalb der letzten fünf Jahre bei dem zu versichernden Kind (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Schielen)?

Besteht die Erkrankung/Sehstörung  einseitig  beidseitig

2. Ist das zu versichernde Kind

kurzsichtig  weitsichtig

Bitte geben Sie uns die Dioptrienwerte an. Gerne können Sie uns auch eine Kopie vom Brillen- / Kontaktlinsenpass einreichen.

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. Befindet sich das zu versichernde Kind in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Nein

Ja

Falls ja: Seit wann? Wie oft? Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

8. Wie wird oder wurde die Augenerkrankung/Sehstörung des zu versichernden Kindes 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 (siehe Kontaktlinsenpass) rechts dpt (sphär. Wert) \_\_\_\_\_ links dpt (sphär. Wert) \_\_\_\_\_  
rechts dpt (zylindr. Wert) \_\_\_\_\_ links dpt (zylindr. Wert) \_\_\_\_\_
- Augentropfen Welche? (Präparatename) \_\_\_\_\_
- Weitere Medikamente Welche? (Präparatename) \_\_\_\_\_
- Sonstiges - bitte nähere Angaben \_\_\_\_\_
- 

9. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen (auch Laserkorrekturen) durchgeführt oder sind Operationen angedacht oder geplant?

- Nein
- Ja, welche? (bitte nähere Angaben): \_\_\_\_\_
- 

10. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über den aktuellen Gesundheitszustand des zu versichernden Kindes 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 des gesetzlichen Vertreters des zu versichernden Kindes