

Fragebogen zum Antrag Atmungsorgane (FB 8b)

AN215167

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

☐ männlich
☐ weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahr-umstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen den **Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn bei Ihnen lediglich **eine der in Teil 1 genannten Erkrankungen** der Atmungsorgane besteht bzw. bestand, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus.

Sofern Sie an einer **anderen als der in Teil 1 abgefragten Erkrankungen** der Atmungsorgane oder an mehreren Erkrankungen leiden bzw. litten, füllen Sie bitte **zusätzlich den Teil 2** aus.

Teil 1 Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

☐ Spastische Bronchitis
☐ Allergische Bronchitis

☐ Allergisches Asthma
☐ Asthma Bronchiale

☐ Hyperreagibles Bronchialsystem

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung des Asthmas im Verlauf des letzten Jahres?

☐ Dosieraerosol
☐ Notfallspray
☐ Kortisontabletten
☐ Keine

**Teil 2
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ chronische Bronchitis | ☐ Lungenembolie | ☐ Schlafapnoe |
| ☐ Emphysem | ☐ Lungenentzündung (Pneumonie) | ☐ COPD |
| ☐ Bronchiektasen | ☐ Rippenfellentzündung (Pleuritis) | |
| ☐ Krebserkrankung der Atemwege
(dann bitte den Fragebogen Tumore ausfüllen) | ☐ Sarkoidose (m. Boeck) | |

☐ andere hier nicht genannte Erkrankung der Atmungsorgane. Welche?

Ergänzende Angaben

Machen Sie bitte Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Falls mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorliegen (z. B. chronische Bronchitis und Schlafapnoe), beantworten Sie bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt (ggf. unter Verwendung eines Zusatzblattes).

Genaue medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?

Liegt eine Krebserkrankung vor? ☐ nein ☐ ja

Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)!

**Blutdruck-
und Laborwerte**

Welche **Blutdruckwerte** wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	 systolisch	 diastolisch
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	 systolisch	 diastolisch

**Untersuchungen/
Behandlungen**

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen der Atmungsorgane bzw. sind diese geplant?**

- | | |
|--|--|
| 1. Lungenfunktionsuntersuchung | 8. sonstige Röntgenuntersuchungen |
| 2. Allergietestung | 9. Computertomographie (CT) |
| 3. Bronchoskopie | 10. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 4. Ultraschalluntersuchung des Herzens | 11. Herzkatheteruntersuchung |
| 5. Ultraschalluntersuchung von Blutgefäßen | 12. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 6. Röntgenuntersuchung der Lungen | 13. Kernspintomographie (MRT) |
| 7. Röntgenuntersuchung der Lungenschlagadern | 14. Operation, welche? |

Andere Untersuchungsmethoden (bitte diese hier angeben)

**Untersuchungen/
Behandlungen**Ziffer Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Befund / Maßnahme****Bei wem? Wo?**
(Name und Anschrift)

Sofern **Untersuchungen oder Behandlungen geplant** sindZiffer Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Unter welchen Umständen** soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

MedikamenteWelche **Medikamente** (Spray, Pulverinhalator, Tabletten, Spritzen usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments****Ständige** Einnahme, seit
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

Zeitweilige Einnahme
Zeitraum

Dosis

NotarztbehandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktions-
störungen eine **Notarztbehandlung**?☐ nein☐ ja, Zeitpunkt

Grund

ArbeitsunfähigkeitWaren Sie wegen der Atemwegserkrankung **arbeitsunfähig**?☐ nein ☐ ja**Diagnose**

In welchem Zeitraum (Datum)

**Krankenhausbehandlungen,
Rehas und Kuren**

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!
Erfolgte deswegen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha) oder Kur?**

DiagnoseDatum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?**
(Name und Anschrift)

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person