

Versicherungsnummer
  Datum der Antragstellung

**Angaben zur versicherten Person**

Titel, Vorname, Name
  männlich  
 weiblich

Geburtsdatum

**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

**Sie haben uns** als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, 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**.

**Zuletzt behandelnde Ärzte / Fachärzte**

Bei welchem **Hausarzt / Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der Atmungsorgane **in Behandlung**?

	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen**?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> überreagbares (hyperreagibles) Bronchialsystem	<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Bronchiektasen	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie)	
<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung (Pleuritis)	
<input type="checkbox"/> Emphysem	(dann bitte den Fragebogen Tumore ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Sarkoidose (m. Boeck)	

andere hier nicht genannte Erkrankung der Atmungsorgane. Welche?

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genaue medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt?  nein  ja, und zwar **(Fotokopien ggf. beifügen)**

Art des Wertes	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Allergien**

Welche **Allergien** liegen bei Ihnen vor? Welche Beschwerden sind aufgetreten?

<input type="checkbox"/> keine Allergien?	<input type="checkbox"/> Allergien an den Augen?	<input type="checkbox"/> Allergien der unteren Atemwege (Lufttröhre, Bronchien)?
<input type="checkbox"/> Allergien an der Haut?	<input type="checkbox"/> Allergien der oberen Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)?	<input type="checkbox"/> Allergien an sonstigen Organen?

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die allergischen Beschwerden an?  ganzjährig  zeitweilig, in folgenden Monaten

**Untersuchungen/** Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen der Atmungsorgane?**  
**Behandlungen**

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

Sonstige hier nicht genannte Methode. Welche? Machen Sie bitte Angaben dazu! \_\_\_\_\_

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

**Geplante** Sind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant?**  
**Untersuchungen/**  
**Behandlungen**

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

Andere Untersuchungsmethoden (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

**Medikamente** Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis

**Arbeits-** Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig?**  
**unfähigkeiten**

**Diagnose**  nein  ja  
Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Notarzt-** Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung?**  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_  
**behandlung**

**Krankenhaus-** Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheil-**  
**behandlungen,** **Rehas und** **Kuren** **behandlung oder Kur?** Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

**Schluss-** 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.**  
**erklärung**  
**und**  
**Unterschrift**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_