

Ergänzender Fragebogen zum Antrag Allergien oder Hautkrankheiten (FB 17c)



AN215231

Versicherungsnummer _____ Datum der Antragstellung _____

Angaben zur
versicherten
Person

Titel, Vorname, Name _____

männlich
 weiblich

Geburtsdatum _____

Vorvertrag- liche Anzeige- pflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannt en 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 Jahr en**.

Zuletzt behandelnde Ärzte /Fachärzte

Bei welchem **Hausarzt/Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der Allergien oder Hautkrankheiten in **Behandlung**?

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

Krankheiten

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Ekzem |
| <input type="checkbox"/> allergische Rhinitis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/Atopisches Ekzem | <input type="checkbox"/> Dyshidrosiformes Ekzem |
| <input type="checkbox"/> allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urtikaria) | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) |
| <input type="checkbox"/> allergische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Wespen- oder Bienenstichallergie | <input type="checkbox"/> Muttermal |
| <input type="checkbox"/> überregbares (hyperreagibles) Bronchialsystem | <input type="checkbox"/> Pseudoallergie | <input type="checkbox"/> Melanom |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hautkrebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Allergie oder Hautkrankheit (bitte diese hier angeben) _____ | | |

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

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

Allergien

Welche allergischen Beschwerden sind aufgetreten:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> an der Haut? | <input type="checkbox"/> an den Augen? | <input type="checkbox"/> obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)? |
| <input type="checkbox"/> untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien)? | <input type="checkbox"/> asthmatische Beschwerden? | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Bronchitis? |
| <input type="checkbox"/> an sonstigen Organen? Welchen? _____ | | |

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an:

- ganzjährig zeitweilig, in den folgenden Monaten _____

Bei Asthma und Bronchitis:

Wie oft treten die Anfälle auf? Wie lange dauert ein Anfall allgemein? _____

Erfolgte ein Allergietest? Nein Ja

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Welche Allergien wurden festgestellt?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____

Haben Sie einen **Allergiepass**? Nein Ja (Fotokopien ggf. beifügen)

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Erfolgte eine Hyposensibilisierung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gegen welche Stoffe/Allergien?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____

Neurodermitis

Wurde eine Neurodermitis oder ein atopisches Ekzem festgestellt? Nein Ja

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Welche Behandlungen?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____

Krebserkrankung Liegt eine **Krebserkrankung** vor? Nein Ja

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

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

Art des Wertes	Datum (bitte ca. angeben)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
----------------	---------------------------	----------	-----------------------------------

Untersuchungen/ Behandlungen Wann und wo erfolgten bei Ihnen die folgenden **Untersuchungen oder Behandlungen**?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Laboruntersuchungen | 4. Bronchoskopie | 7. Operation (Welche?) |
| 2. Lungenfunktionsuntersuchung | 5. UVA oder PUVA Behandlung | |
| 3. Allergietestung | 6. Gewebeentnahme (Biopsie) | |

8. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (bitte diese hier angeben) _____

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
--------	-----------------------------------	----------	-----------------------------------

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

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Laboruntersuchungen | 4. Bronchoskopie | 7. Operation (Welche?) |
| 2. Lungenfunktionsuntersuchung | 5. UVA oder PUVA Behandlung | |
| 3. Allergietestung | 6. Gewebeentnahme (Biopsie) | |

8. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (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
----------------------	---	-------	-------------------------------	-------

Arbeitsunfähigkeiten Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig** nein ja

Diagnose _____ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

Notarztbehandlung Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, ca. _____ Grund _____

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

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

Schluss- erklärung 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 _____