

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



AN215231

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 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"/> Hautkrebskrankung
<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 **Allergiepäss?** Nein Ja (**Fotokopien ggf. beifügen**)
 Erfolgte eine Hyposensibilisierung? Nein Ja
 Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____ **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. ungefährender 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. ungefährender 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. ungefährender Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
----------------------	--	-------	-------------------------------	-------

Arbeitsunfähigkeiten Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?

nein ja

Diagnose Zeitraum (ggf. ungefährender 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. ungefährender 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