## Fragebogen ASTHMA / ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Angaben zur versicherten Person					
Versicherungsantrag Nr.:					
Zu versichernde Person:					
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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.					
Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.					
Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:					
Angaben zur Erkrankung					
Schimmelpilze	Medikamente				
Angaben zu Atemwegserkrankungen:					
Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:					
Pollinosis, Bindehautentzündung, Dauerschnupfen	mit Behandlung/Beschwerden:  zeitlich begrenzt auf Wochen pro Jahr  über das gesamte Jahr  Art der medikamentösen Behandlung  nur bei Bedarf  Dauermedikation  Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Cortison antiallergische Tabletten  Asthmatabletten  Asthmaspray  Cortisontabletten				
	Präparatename(n):				

4. Asthma, asthmatische/spastische Bronchitis, Atemnot, Reizhusten, KH- Aufenthalt oder Notfallbehandlung (status asthmaticus)  (Zutreffendes bitte unterstreichen)	☐ Nein ☐ Ja	Art der medikamentösen Behandlung			
5. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:  behandlungs- und beschwerdefrei  seit:  derzeit noch Beschwerden/Medikamenteneinnahme			
<ol> <li>Sonstige Erkrankungen der Atemweg (z.B. chronische Bronchitis, Staublung Lungenemphysem)</li> </ol>		Welche? Seit wann?			
Angaben zur Haut:  Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:					
7. Neurodermitis, atopische Dermatitis	☐ Nein	☐ lokal eng begrenzt			
endogenes Ekzem	☐ Ja	Anzahl der Herde:    flächig ausgebreitet    Bestand in den letzten 5 Jahren eine Ausbreitungstendenz des Ekzems auf andere Körperregionen?   Nein			
8. Allergisches Kontaktekzem	☐ Nein☐ Ja	von — Dis:    einmalig			
9. Urticaria, Nesselsucht	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:  einmalig mehrfach behandlungs- und beschwerdefrei seit: derzeit noch in Behandlung			
10. Arzneimittelexanthem	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:    einmalig   mehrfach   behandlungs- und beschwerdefrei seit:   derzeit noch in Behandlung			

11. Lichtdermatosen/Lichtreaktionen der Haut	□ Nein □ Ja	von — bis:    einmalig
Angaben zur weiteren Allergien/Unverträglichkei		
Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzte	n 5 Jahren:	
12. Insektengiftallergie	☐ Nein☐ Ja	Hyposensibilisierung durchgeführt?  Nein Ja  von – bis:
13. Nahrungsmittelallergie	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:  behandlungs- und beschwerdefrei  derzeit noch in Behandlung
14. Quincke-Ödem, anaphylaktischer Schock	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:  behandlungs- und beschwerdefrei  derzeit noch in Behandlung
15. Wurden Kuren oder Reha-Massnahmen durchgeführt?	☐ Nein ☐ Ja	von – bis:  ightharpoonup einmalig ightharpoonup mehrfach
16. Rauchen Sie oder konsumieren Sie elektrisch Zigaretten)?	he Zigaretten (E-	<ul><li>Nein</li><li>Ja</li></ul>
17. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren arbeitsunfähig länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?		<ul><li>Nein</li><li>Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:</li></ul>
Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) innerhalb der letzten fünf Jahre einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits angeraten?  Falls ja: bitte nähere Angaben:		☐ Nein ☐ Ja
i ans ja. bitte nanere Angaben.		
19. Treten oder traten innerhalb der letzten fün allergische Erkrankungen in der Familie auf		<ul><li>Mutter</li><li>Vater</li><li>Geschwister</li></ul>
20. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie Erkrankung(en) in Behandlung?	e wegen Ihrer(n)	Hausarzt Dermatologe HNO-Arzt
Bitte Angaben zu Name und Anschrift:		<ul><li>Lungenfacharzt</li><li>Sonstige:</li></ul>

Bitte reichen Sie uns Angabe möchten, unverzüglich und s Angaben? (Bitte immer bean	chriftlich nach. Folgen noch weitere	<ul><li>Zusätzliche Angaben sind b</li><li>Alles vollständig - es folgen</li><li>Es folgen noch Angaben</li><li>Anzahl Extrablätter:</li></ul>	5 5			
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 der zu <b>versichernden Person</b> (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) ges. Vertreter			