Fragebogen AUGENERKRANKUNGEN / SEHSTÖRUNGEN

Angaben zur versicherten Person		
Versicherungsantrag Nr.:		
Zu versichernde Person:		
	vortung der nachfolgenden Fragen: ertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu	
wahrheitsgemäße und vollständige Beantwo oder nur eine geringe Bedeutung haben ode Person die gestellten Fragen nicht wahrheits kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicheru Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – r	· ·	Umstände, die möglicherweise für Sie keine eisen. Falls Sie oder eine andere versicherte en Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies ung rückwirkend verlieren oder dass später
	9 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vo der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlich	
Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzer	•	
	inde Erikatung ab.	
Angaben zur Erkrankung		
Welche Augenerkrankung/Sehstörung be	steht oder bestand innerhalb der letzten fünf Jahre b	ei Ihnen?
	einseitig 🗆 beidseitig	
2. Sind Sie ☐ kurzsichtig		
weitsichtig		
	rechts dpt (sphär. Wert)	links dpt (sphär. Wert)
	rechts dpt (zylindr. Wert)	links dpt (zylindr. Wert)
3. Ist die Erkrankung/Sehstörung		
AngeborenFolge einer anderen Erkrankung/St	Unfallbedingt	Unbekannter Ursache
roige einer anderen Erkrankung/st	ording welcher:	
4. Wie tritt oder trat die Erkrankung/Sehstör	rung innerhalb der letzten fünf Jahre auf?	
Einmalig	Nein	Wann?
	☐ Ja	Von – bis:
☐ Mehrfach	Nein	Wie oft?
	☐ Ja	Wann erstmalig?
		Von – bis:
		Wann zuletzt?
		Von – bis:
Fortwährend/dauernd	☐ Nein ☐ Ja	Seit wann?

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

HDI Lebensversicherung

RP Auge September 2012 Seite 1 von 4

5.		le innerhalb der letzten fünf Jahre e estellt?	eine Netzhautablösung		Nein Ja			
6.		hre Augenerkrankung/Sehstörung F	Folgen oder Beschwerden		Nein, keine Fol	gen/Be	eschwerden seit:	
	hinte	rlassen?			Ja, welche? (Bi	tte näl	nere Angaben):	
7.	Befin Konti	den Sie sich in regelmäßiger fachär rolle?	rztlicher Behandlung oder		Nein Ja			
	Falls	ja: Seit wann? Wie oft? Wann zulet	tzt?					
8.		wird oder wurde Ihre Augenerkrank etzten fünf Jahre behandelt?	cung/Sehstörung innerhalb					
		Keine Behandlung	Seit wann?					
		Korrektur mit Brille (siehe Brillenpass)	rechts dpt (sphär. Wert)			links	dpt (sphär. Wert)	
			rechts dpt (zylindr. Wert)			links	dpt (zylindr. Wert)	
		Korrektur mit Kontaktlinsen (siehe Kontaktlinsenpass)	rechts dpt (sphär. Wert)			links	dpt (sphär. Wert)	
			rechts dpt (zylindr. Wert)			links	dpt (zylindr. Wert)	
		Augentropfen	Welche? (Präparatename)					
		Weitere Medikamente	Welche? (Präparatename)					
		Operation/Operation geplant	Welche?			Wan	1?	
		Laserbehandlung	Welches Auge?			Wan	1?	
						Wie	oft?	
		Hornhauttransplantation	Welches Auge?			Wan	1?	
		Eine Nachbehandlung der Hornhauttransplantation mit Kortisonaugentropfen	☐ Wird zur Zeit noch durch	ngefül	nrt, seit wann?		Wurde durchgeführt u abgeschlossen. Behan	
9.		folgte eine Korrektur der Fehlsichtig halb der letzten zehn Jahre:	gkeit durch eine Laser-OP					
		Nein	Werte <u>vor</u> der Operation:					
		Ja	rechts dpt (sphär. Wert)			links	dpt (sphär. Wert)	
			rechts dpt (zylindr. Wert)			links	dpt (zylindr. Wert)	
			Werte <u>nach</u> der Operation:					
			rechts dpt (sphär. Wert)			links	dpt (sphär. Wert)	
			rechts dpt (zylindr. Wert)			links	dpt (zylindr. Wert)	
	etc.)	ehen Beschwerden? (z.B. Blendemp	findlichkeit, Narbenbildung					
	Bitte	beschreiben Sie diese:						

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

10. Welche Untersuchungen wurden innerhalk Ihnen durchgeführt?	o der letzten fünf Jahre bei		
☐ Keine Untersuchung			
Bei Astigmatismus/Hornhautverkrün Dioptrienwerte für den Astigmatism den letzten 5 Jahren verändert?		☐ Nein☐ Ja, bitte nähere Angab	en:
Untersuchung des Augeninnendruck	kes	☐ Nein☐ Ja, wann?	
		Ergebnis: rechtes Auge	linkes Auge
☐ Bei Glaukom – Ist der Augeninnend Jahren im Normbereich?	ruck in den letzten 5	☐ Nein ☐ Ja	
Untersuchung des Gesichtsfeldes		Nein Ja, wann?	
		Ergebnis: rechtes Auge	linkes Auge
Untersuchung des Augenhintergrund	des	Nein Ja, wann?	
		Ergebnis: rechtes Auge	linkes Auge
Blutdruckmessung		Wann?	
Blutzuckerkontrolle		Ergebnis: Wann?	
blutzuckerkontrolle		Ergebnis:	
Sonstige: Welche?		Wann?	
		Ergebnis:	
11. Waren Siewegen der genannten Erkrankur in den letzen fünf Jahren länger als zwei V zusammenhängend arbeitsunfähig?		☐ Nein☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitsz	reiten:
12. Haben Sie wegen Ihrer Augenerkrankung/ letzten fünf Jahre einen Berufs- oder Tätig vorgenommen oder wurde dieses ärztliche	keitswechsel	☐ Nein ☐ Ja	
Falls ja: Bitte nähere Angaben.			

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. I bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kür oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleisten und eine eventuelle Versicherungsleisten und eine eventuelle Versicherungsleisten verweigern	
Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten) Zusätzliche Angaben sind beigefügt Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaber Es folgen noch Angaben	digen kann.
Bitte Angaben zu Name und Anschrift:	
13. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung? Hausarzt Internist Sonstige	

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de