Fragebogen HAUTERKRANKUNGEN

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

1. An welchen Erkrankungen bzw. Beschwerden der Haut leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

   Genaue Bezeichnung:

   Seit wann?

2. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre:
   - ☐ Im Gesicht oder an den Händen
   - ☐ Am ganzen Körper
   - ☐ An einzelnen Körperteilen - Wo?
   - ☐ Einmalig
   - ☐ Schubweise
   - ☐ Ganzjährig

3. Welche Ursachen sind Ihnen für diese Erkrankung bzw. Beschwerden bekannt?
   - ☐ Ursache nicht bekannt
   - ☐ Pilzerkrankung
   - ☐ Infektion durch Bakterien/Viren
   - ☐ Bösartige Geschwulsterkrankung
   - ☐ Gutartige Geschwulsterkrankung
   - ☐ Störung des Immunsystems
   - ☐ Angeborene/familiär bedingte Erkrankung
   - ☐ Allergische Ursache
   - ☐ Sonstige Ursache - Welche?

4. Haben diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden Folgen hinterlassen oder bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen (z. B. Allergien)?
   - ☐ Nein, keine Folgen oder weitere Krankheiten seit:
   - ☐ Ja, Folgen bzw. weitere Krankheiten

   Falls ja: Bitte genaue Bezeichnung, seit wann und Name/Anschrift des behandelnden Arztes.

5. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

   Falls ja: Name/Anschrift des behandelnden Arztes, wie oft und wann zuletzt?

   ☐ Nein
   ☐ Ja

6. Wie werden oder wurden Ihre Erkrankung bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre (Operation/Kur: zehn Jahre) behandelt?

   ☐ Keine Behandlung
   ☐ Bestrahlung
   ☐ Desensibilisierung
   ☐ Operation: Wann?
   ☐ Kuraufenthalt(e): Wann, wo?
   ☐ Medikament(e) – Präparatename(n):
   ☐ Antiallergikum – Präparatename(n):
   ☐ Salben, Umschläge –Präparatename(n):
   ☐ Sonstige Behandlung: Welche?

7. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

   ☐ Nein
   ☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

8. Wurde Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?

   ☐ Nein
   ☐ Ja, angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich:

9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?

   Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

   ☐ Hausarzt
   ☐ Hautarzt
   ☐ Allergologe
   ☐ Sonstige

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 Angaben ☐ Es folgen noch Angaben Anzahl Extrablätter:

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 des **Versicherungsnehmers**	Unterschrift der zu **versichernden Person** (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) **ges. Vertreter**