

Zusätzliche Erklärung - Allergie -

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?
Wann, wie häufig, wie stark?

Asthma

.....
 Bronchitis

.....
 Häufiger Husten

.....
 Heuschnupfen, Stockschnupfen, Augenjucken

.....
 Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel mit Durchfall und/oder Erbrechen

.....
 Milchschorf, Säuglingsekzem

.....
 Ekzem, Hautüberempfindlichkeit gegen bestimmte Substanzen, Nesselsucht

.....
 Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche

.....
 Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen? Welche?

2. Wobei treten bzw. traten diese Beschwerden auf?

Hausarbeit

Berufstätigkeit

Umgang mit Tieren

körperlicher Anstrengung

nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel

bei anderen Tätigkeiten

welchen?
.....

3. Sind Sie Raucher?
 ja nein
4. Bestand oder besteht in Ihrer Familie eine der oben genannten Krankheiten?
 ja nein
5. Streben sie aus umseitig genannten medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?
 ja nein
6. Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt?
 ja nein
7. Wurde ein Allergietest durchgeführt?
 ja nein
Welcher?

-
8. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?
-

9. Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt?
 ja nein
Falls ja, wann und mit welchem Erfolg?

Falls nein, ist eine solche Maßnahme geplant?

- ja nein

Wann?

10. Mit welchen Medikamenten werden Sie derzeit behandelt?
-

11. Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht:
(Bitte geben Sie Namen und Anschrift der Ärzte an.)
-
-
-

12. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und von wann bis wann?

.....
.....

13. Wurden Kuren durchgeführt?

ja nein

Wo (Name und Anschrift der Kureinrichtung) und von wann bis wann?

.....
.....

14. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

ja nein

Wegen welcher Erkrankung und von wann bis wann?

.....
.....

.....
.....

Vorstehende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann alleine verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt.

Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Diese Fragen und Ihre Antworten sind Bestandteil des Antrages.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der zu versichernden Person)