

Zusätzliche Erklärung - Asthma -

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

1. Seit wann leiden Sie an Asthma?

.....

2. Wie oft treten Asthma-Anfälle auf?

.....

3. Wann hatten Sie Ihren letzten Asthma-Anfall und bei welcher Gelegenheit?

.....

4. Wie lange dauern die Anfälle an?

.....

5. Sind Sie bei diesen Anfällen bettlägerig?

ja nein

6. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja nein

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

.....

.....

7. Wurden Kuren durchgeführt?

ja nein

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

.....

.....

8. Welche Medikamente nehmen Sie?

.....

9. Sind Sie Raucher?
 ja nein

10. Leiden Sie auch an Herzbeschwerden?
 ja nein

Worin bestehen diese?

.....
.....

11. Leiden Sie an chronischer Bronchitis?
 ja nein

12. Leiden Sie an einem Lungenemphysem?
 ja nein

13. Welche Ärzte haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch?
Name und Anschrift der behandelnden Ärzte. Von wann bis wann? Wegen welcher Erkrankung?

.....
.....
.....
.....

14. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?
 ja nein

- Von wann bis wann bzw. seit wann?

- Wie viel Prozent?

- Aus welchem Grund?

.....
.....

15. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig?

ja nein

- Wegen welcher Erkrankung?

.....
.....

- 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)