Zusatzerklärung Allergie

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben,** auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.
In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.**

Art der Allergie

Seit wann bestehen die Allergien? _____ (Monat/Jahr) - Seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr)

Welche Arten der Allergie / Symptome treten bei Ihnen auf?

☐ Asthma (bronchiale) / allergisches Asthma
☐ Status asthmaticus (akuter Asthmaanfall länger als eine Stunde) ☐ nein ☐ ja, wie oft? ___ mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)
☐ Bronchitis / häufiger Husten / Reizhusten
☐ Heuschnupfen / Augenjucken
☐ Nahrungsmittel-Unverträglichkeit (Durchfall/Erbrechen)
☐ Hautüberempfindlichkeiten gegen bestimmte Stoffe
☐ Nesselsucht / Urtikaria ➡ ist ein Quinkeödem aufgetreten? ☐ nein ☐ ja
☐ Ekzeme / Neurodermitis
☐ Migräne / Kopfschmerzen
☐ Insektengift-Überempfindlichkeit (welche Reaktion)? _____

☐ Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen (welche)? _____

Bei welchen Gelegenheiten treten o.g. Beschwerden auf ?

☐ bei der Berufsausübung ☐ zu Hause ☐ im Umgang mit Tieren
☐ beim Genuss bestimmter Nahrungsmittel ☐ bei körperlicher Anstrengung

☐ in welchen anderen Situationen? _____

Ist ein allergischer Schock aufgetreten?

☐ nein ☐ ja, wie oft? ___ mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

Die allergischen Beschwerden treten auf:

☐ ganzjährig ☐ saisonal ☐ sehr selten ___ mal/Monat

Die Beschwerden sind: ☐ sehr stark ☐ schwach

Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

_____

_____

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit (Name und Anschrift)?

_____

_____

Welche Allergietests wurden bereits durchgeführt und welche Allergien wurden dabei festgestellt?

_____

_____

Zusatzerklärung Allergie

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 2 von 3

Waren Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich? ☐ nein ☐ ja, wann? _____ (Monat/Jahr)

In welchen Einrichtungen (Name und Anschrift)? _____

Behandlung

Wie werden/wurden Ihre Allergien bisher behandelt?
☐ gar nicht

☐ Tabletten Präparatname(n) _____

☐ Dosieraerosol/Asthmaspray Präparatname(n) _____

wieviel Hübe pro Tag? _____

☐ Schnupfenmittel Präparatname(n) _____

☐ Euphyllin Tagesdosis _____

☐ Salben Präparatname(n) _____

☐ Kortison in ☐ Tabletten ☐ Salbe ☐ Spray

☐ Hypo- bzw. Desensibilisierung war: ☐ erfolgreich ☐ nicht erfolgreich ☐ läuft noch

☐ sonstige Maßnahmen _____

Die Anwendung erfolgt ☐ regelmäßig ☐ nur bei Bedarf

Die Symptome haben sich ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ sind gleich geblieben

Ist die Behandlung abgeschlossen?

☐ ja ☐ nein, wie wird derzeit behandelt? _____

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja, warum? _____

wie lange? _____ Wochen wie oft ___ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbesunfähigkeitsrente?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Rauchen Sie?
☐ ja, was und wie viel pro Tag? _____ Stück/täglich

☐ nein, seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr)

☐ nein ich habe noch nie geraucht!

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? ☐ nein ☐ ja
Planen Sie einen solchen Wechsel? ☐ nein ☐ ja
Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? ☐ nein ☐ ja

Welche beruflichen Tätigkeiten üben Sie derzeit aus? _____

Welche Sportarten/welche Hobbys üben Sie aus? _____

Zusatzerklärung Allergie

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Bestehen bei Verwanden 1. Grades (Eltern, Geschwister, leibliche Kinder) ebenfalls eine oder mehrere der genannten Allergien/Symptome?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

_____

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !

Bitte immer beantworten:
Folgen noch weitere Angaben?

☐ ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

☐ ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der zu versichernden Person

Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.