Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.
Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

Erklärung zu Hauterkrankungen (SST: A06)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person — Datum der Antragstellung

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort) — Antrags-Nr.

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich.
Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht", die im Antrag enthalten ist.
Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht.

1. An welcher(n) Erkrankung(en) bzw. Beschwerden der Haut leiden oder litten Sie?
   Bezeichnung : ……..…….....
   Seit wann? …… (Monat/Jahr)

2. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung bzw. Beschwerden:
   ☐ im Gesicht oder an den Händen?
   ☐ am ganzen Körper?
   ☐ an einzelnen Körperteilen – wo? …….……..…….
   ……..

3. Die Erkrankung tritt bzw. trat auf:
   ☐ einmalig — von: ..... bis: .....
   ☐ mehrmals — erstmals von: ..... bis: ..... / zuletzt von: ..... bis:.....
   ☐ dauernd — seit: …….……..

4. Wie äußern bzw. äußerten sich die Beschwerden?
   ☐ milde Erscheinungsform
   ☐ schwere Erscheinungsform

5. Welche Ursachen sind Ihnen für diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden bekannt?
   ☐ Ursache nicht bekannt
   ☐ Störung des Immunsystems
   ☐ Pilzerkrankung
   ☐ Infektion durch Bakterien
   ☐ gutartige Geschwulsterkrankung
   ☐ angeborene / familiär bedingte Erkrankung
   ☐ allergische Ursache
   ☐ bösartige Geschwulsterkrankung
   ☐ Sonstige Ursache – welche? ……..……..

6. Wurde eine Gewebeprobe entnommen? nein ☐ ja ☐
   Name und Anschrift behandelnder Arzt:
   ...……
   Konnte Bösartigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden? nein ☐ ja ☐
   Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlussberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt.

7.	Haben diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden Folgen hinterlassen oder bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen? (z. B. Allergische Rhinitis, Konjunktivitis, Allergisches Asthma bronchiale, Anaphylaktischer Schock, Allergische Gastroenteritis?)	nein ☐ ja ☐	Wenn nein, keine Folgen oder weitere Krankheiten seit: ……. Wenn ja, welche? (Bezeichnung/seit wann, Name/Anschrift Arzt): ……..…… ……..
8.	Befinden oder befanden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?	nein ☐ ja ☐	Name und Anschrift des behandelnden Arztes: ..……..…… Wie oft jährlich? …….. Wann zuletzt? …….……..
9.	Wie wird oder wurde die Erkrankung behandelt?		
	- Keine Behandlung:	nein ☐ ja ☐	
	- Bestrahlung:	nein ☐ ja ☐	
	- Desensibilisierung:	nein ☐ ja ☐	
	- Operation:	nein ☐ ja ☐	Wann / durchgeführt durch: ……
	- Kuraufenthalte:	nein ☐ ja ☐	Wann / durchgeführt in: ……..
			Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlussberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt.
	- Medikament(e):	nein ☐ ja ☐	Präparatename(n): ..... Dosis: ..... von: ..... bis: .....
	- Antiallergikum:	nein ☐ ja ☐	Präparatename(n): ..... Dosis: ..... von: ..... bis: ..... .
	- Salben, Umschläge:	nein ☐ ja ☐	Präparatename(n): .....
	- Sonstige Behandlung:	nein ☐ ja ☐	Dosis: ..... von: ..... bis: ..... Welche?..... Wie oft? ….....von: ..... bis: ..... Welche?..... Wie oft? ….....von: ..... bis: .....
10.	Sind oder waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als **2 Wochen** ununterbrochen arbeitsunfähig?	nein ☐ ja ☐	einmalig: von: ..... bis:..... mehrmals: von: ..... bis:.....
11.	Wurde Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?	nein ☐ ja ☐	Wenn ja, bitte nähere Angaben: ….…….....
12.	Weitere Angaben?	nein ☐ ja ☐	☐ Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Seiten: …… ☐ Zusätzliche Angaben werden nachgereicht.

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person