

Versicherungsnehmer: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

zu versichernde Person: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Atemwegserkrankungen

### 1. Welche Erkrankungen bestehen oder bestanden?

(Mehrfachnennung möglich)

- Asthma bronchiale
- Chronische Bronchitis
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)\*
- Hyperreagibles Bronchialsystem
- Emphysem\*
- Schlafapnoe\*
- Andere \* (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

\* Bitte fügen Sie Kopien der Befundberichte bei

### 2. Bei welchen Gelegenheiten treten oder traten die Beschwerden auf? (Mehrfachnennung möglich)

- Während der Berufsausübung
- Bei körperlicher Anstrengung
- Nur saisonal bei Pollenflug\*
- Bei Kontakt mit bestimmten Stoffen\*
- Andere

\*Bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Allergien / Unverträglichkeiten“

### 3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

\_\_\_\_\_

### 4. Wie häufig treten oder traten Atembeschwerden oder Asthmaanfälle tagsüber auf?

- Nie bis maximal 6x wöchentlich
- 1x täglich
- Mehrmals täglich bzw. Atemnot bereits bei leichter körperlicher Betätigung

- Saisonal von \_\_\_\_\_(Monat) bis \_\_\_\_\_(Monat)  
von \_\_\_\_\_(Monat) bis \_\_\_\_\_(Monat)

### Treten die Atembeschwerden oder Asthmaanfälle auch nachts auf?

- Nie oder maximal 1x wöchentlich
- Ja, mehr als 1x wöchentlich
- Ja, jede Nacht

### 5. Wurde ein Lungenfunktionstest durchgeführt oder eine PEAK FLOW-Messung vorgenommen?

- Nein
- Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis?

FEV1 % = \_\_\_\_\_ %

PEAK FLOW % = \_\_\_\_\_ %

### 6. Rauchen Sie?

- Nein, noch nie
- Nein, nicht mehr seit: \_\_\_\_\_
- Ja

### 7. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

(Mehrfachnennung jeweils möglich)

- Keine Behandlung
- Medikamente (z. B. Tabletten, Spray, Tropfen)  
Welche Medikamente?  
\_\_\_\_\_

### Wie oft?

- Bis zu 2x wöchentlich
- Mehr als 2x wöchentlich
- Täglich

### Erfolgte in den letzten 2 Jahren eine Kortison-Therapie mit Tabletten?

- Nein
- Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_
- Krankenhaus- oder Kuraufenthalt  
Bitte legen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei

- von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 mit maschineller Beatmung
- geplant, bitte Angabe wann und warum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

zu versichernde Person: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Atemwegserkrankungen

**8. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?**

- Nein  
 Ja, in den letzten 12 Monaten  
insgesamt \_\_\_\_\_ Tage

**9. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde Ihnen dies empfohlen?**

- Nein  
 Ja, wann? \_\_\_\_\_  
Ursprünglicher Beruf? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Neuer Beruf?

**10. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben bzw. am Unterricht teilnehmen?**

- Ja  
 Nein, welche Einschränkungen bestehen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?**

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.**

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person  
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)