

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Hauterkrankungen

1. Welche Erkrankungen oder Beschwerden der Haut liegen oder lagen vor?

(Mehrfachnennung möglich)

- Muttermal / Nävus
- Hautpilz
- Juckreiz
- Neurodermitis / Atopisches Ekzem
- Allergisches Ekzem / Allergie
(bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Allergien-Unverträglichkeiten“)
- Nesselsucht / Urtikaria
- Schuppenflechte / Psoriasis
- Tumor (gut-/bösaartig): welcher?

Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

3. Welche Körperstellen sind / waren betroffen?

(Mehrfachnennung möglich)

- Hände
- Nägel
- Ellenbogen
- Gesicht
- Kopf
- Knie
- Generalisiert (gesamter Körper betroffen)

Andere

4. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Einmalig
- Wiederholt, wie oft? _____
wann zuletzt? _____
- Andauernd / chronisch

5. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente (z. B. Salben, Tabletten)
Welche?

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

Krankenhaus- oder Kuraufenthalt

- erfolgt
- geplant

von _____ bis _____

Bitte legen Sie Kopien des Entlassungsberichts bei

Operation

- erfolgt
- geplant

von _____ bis _____

Welche?

Ergebnis?

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

Andere

6. Besteht eine Gelenkbeteiligung oder sind andere Organe / Organsysteme an der Erkrankung beteiligt?

- Nein
- Ja: welche? (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

1 _____

2 _____

Seit wann?

1 _____ 2 _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Hauterkrankungen

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

- Nein
 Ja, einmalig von _____ bis _____
 Ja, mehrmals
zuletzt von _____ bis _____

8. Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus Beruflichen Gründen nicht meiden können?

- Nein
 Ja, welche?

Bestehen deshalb Einschränkungen im Beruf?

- Nein
 Ja, welche?

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

- Nein
 Ja, wann? _____
Ursprünglicher Beruf? _____

Neuer Beruf? _____

10. 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)