

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? nein ja

Wenn nein, keine Folgen oder weitere Krankheiten seit:

Wenn ja, welche? (Bezeichnung/seit wann, Name/Anschrift Arzt):

(z. B. Allergische Rhinitis, Konjunktivitis, Allergisches Asthma bronchiale, Anaphylaktischer Schock, Allergische Gastroenteritis?)

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 beigelegt. 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 _____