SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
oder sofern angekreuzt
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Fragebogen Allergische Erkrankungen inkl. Asthmaerkrankungen

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Versicherungsnummer	RINR	Datum der Antragstellung

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 3 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person

1 Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

Pollen, Gräser, Blüten	☐ Nein	☐ Ja	
Federn, Tierhaare	☐ Nein	☐ Ja	
Hausstaub (-milbe)	☐ Nein	☐ Ja	
Mehl, Getreide	☐ Nein	☐ Ja	
Nahrungsstoffe	☐ Nein	☐ Ja	
Insektengift	☐ Nein	☐ Ja	
Medikamente	☐ Nein	☐ Ja	
Chemikalien	☐ Nein	☐ Ja	
Kälte, Sonne	☐ Nein	☐ Ja	
Sonstiges	☐ Nein	☐ Ja	wenn ja, welche _____

2 Wie äußert sich die Allergie?

Reizung der Nasenschleimhäute (Schnupfen)	☐ Nein	☐ Ja	
Reizung der Bindehäute (Augenbrennen/-rötung)	☐ Nein	☐ Ja	
Reizhusten (Bronchitis)	☐ Nein	☐ Ja	
Atemnot (Asthma)	☐ Nein	☐ Ja	(bitte Zusatzfragen 8-12 beantworten)
Hautekzem (Ausschlag) / Juckreiz	☐ Nein	☐ Ja	
Neurodermitis	☐ Nein	☐ Ja	Welche Regionen sind betroffen?
			☐ lokal eng begrenzt – Anzahl der Herde: _____
			☐ flächig ausgebreitet – Bestand in den letzten 5 Jahren eine Herdvergrößerung bzw. eine Ausdehnung auf andere Körperregionen?
Nesselsucht / Urtikaria	☐ Nein	☐ Ja	Wurde ein Quincke-Ödem festgestellt? ☐ Nein ☐ Ja
Gelenkschwellungen	☐ Nein	☐ Ja	
Kehlkopfschwellungen	☐ Nein	☐ Ja	
Magen-Darm-Störungen (z. B. Durchfall)	☐ Nein	☐ Ja	
Migräne / Kopfschmerzen	☐ Nein	☐ Ja	
Schwindel	☐ Nein	☐ Ja	
Sonstiges	☐ Nein	☐ Ja	wenn ja, welche _____

3 Wie oft treten oder traten Beschwerden auf?

☐ Einmalig (wann) _____

☐ Wiederholt (zuletzt) _____

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

☐ Saisonal (von Monat / bis Monat) _____

☐ Keine Beschwerden (beschwerdefrei) seit _____

4 Finden oder fanden folgende Maßnahmen statt: Name und Anschrift des Arztes / Klinik

Name und Anschrift des Arztes / Klinik _____

_____

ärztliche Behandlung / Beratung? ☐ Nein ☐ Ja _____

Stationäre Behandlung im Krankenhaus oder in einer Kuranstalt? ☐ Nein ☐ Ja - wenn ja, von wann bis wann _____

Medikamenteneinnahme? ☐ Nein ☐ Ja Medikament und Dosis

_____

Desensibilisierung? ☐ Nein ☐ Ja ☐ mit Erfolg ☐ ohne Erfolg ☐ mit Teilerfolg

5 Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ Nein ☐ Ja - seit _____

6 Kommen Sie beruflich mit den Stoffen in Kontakt? ☐ Nein ☐ Ja

7 Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig gewesen? ☐ Nein ☐ Ja - von _____ bis _____

Zusatzfragen zu Asthma

8 Wurde eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja - zuletzt _____

Bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion? ☐ Nein ☐ Ja - wenn ja, dann bitte die entsprechenden Befunde beilegen

9 Rauchen Sie?

☐ Ja
☐ Nein, habe nie geraucht
☐ Nein, nicht mehr seit _____

Rauchen ist das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Rauchtabak (Feinschnitt oder Pfeifentabak) oder sonstigem Tabak unter Feuer. Hierzu zählt ebenso die Benutzung einer Wasserpfeife / Shisha und eines elektrischen oder elektronischen Geräts wie beispielsweise einer e-Zigarette, einer e-Zigarre, einer e-Pfeife oder einer e-Shisha.

10 Wie häufig treten Symptome (Atembeschwerden bzw. Asthmaanfälle) tagsüber auf?

☐ nie bis maximal zweimal wöchentlich
☐ mehr als zweimal bis maximal sechsmal wöchentlich
☐ täglich, Atemnot bereits bei leichter körperlicher Belastung

11 Wie häufig treten die Symptome nachts auf? ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

12 Wie werden Sie wegen Ihrer Erkrankung/ Beschwerden behandelt?

☐ keine Behandlung
☐ Medikamentöse Therapie
(z. B. Tabletten und/oder Dosieraerosol (sog. „Asthmaspray“), Inhaler)
a) Medikamentenname:

_____

b) Wie oft werden die Medikamente angewendet:
☐ bei Bedarf / Anfall ☐ bis zu zweimal wöchentlich ☐ täglich

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist	Eigenhändige Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist
	Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.		