



Atmungsorgane - Z 5

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?
(z. B. asthmatische Anfälle, Husten, Atemnot, Schmerzen, Auswurf, häufige Infekte mit Fieber usw.)

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

Einmalig Von: _____ Bis: _____

Wiederholt Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____

Dauernd Seit wann? _____

4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: _____

ja - Art der Folgen/Beschwerden: _____

5. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente Von: _____ Bis: _____

Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____

Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____

Operation durchgeführt Wann? _____ Welche? _____

Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Operation angeraten

Wann? _____ Welche? _____

Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Sonstige Behandlung

Welche? _____

6. Liegt der/n Erkrankung(en) oder Beschwerden eine allergische Ursache zugrunde?

nein
 ja - Bitte nähere Angaben _____

7. Fand dagegen eine Desensibilisierung statt?
Wenn ja, mit Erfolg?

ja, am _____ nein
 ja nein

8. Sind Sie beruflich Allergenen oder Schadstoffen ausgesetzt?

nein
 ja - Welchen? _____

9. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung ? oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

nein
 ja, _____ % GdB/MdE

10. Rauchen Sie?

ja, seit: _____
 nein

Zigaretten: _____ Stück/Tag

Sonstiges: _____ Stück/Tag

11. Wurde eine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen?

nein
 ja, am: _____

Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, Ergebnis lt. behandelndem Arzt?

Ergebnis: eingeschränkte Funktion nein
 ja

Falls bekannt, teilen sie uns bitte auch die Messwerte mit:
(bitte zutreffende Benennung ankreuzen)

Vitalkapazität (VK): _____ (Liter oder %)

Ein-Sekunden-Wert (FEV 1): _____ (Liter oder %)

Sonstige: _____

12. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

| Name / Anschrift | Zeitpunkt / Zeitraum | Untersuchungen / Behandlungen |
|------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | |

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?

nein

ja, einmal von: _____ bis: _____

ja, mehrmals

14. Zusätzliche Angaben

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

Z5