

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

### 1. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten bestehen oder bestanden?

(Mehrfachnennung möglich)

- Pollen (z. B. Gräser, Bäume, etc.)
- Hausstaubmilben, Schimmelpilze
- Insektengift (z. B. Bienen, Wespen)
- Tierhaare
- Medikamente

\_\_\_\_\_

Nahrungsmittel, Gewürze

\_\_\_\_\_

Andere (z. B. Metalle, Kosmetika, Chemikalien)  
(Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

\_\_\_\_\_

### 2. Welche Beschwerden/Symptome liegen oder lagen vor? (Mehrfachnennung möglich)

- (Heu-)Schnupfen/Fließschnupfen
- Augenjucken/Bindehautentzündung
- Hautreaktionen (z. B. Jucken, Ekzem, Nesselsucht)  
(Bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Hauterkrankungen“)
- Irritation im Rachenraum
- Anaphylaktischer Schock
- Asthma bronchiale / Atembeschwerden  
(Bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Atemwegserkrankungen“)
- Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### 4. 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

\_\_\_\_\_

### 5. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

Einmalig, wann: \_\_\_\_\_

Wiederholt, zuletzt: \_\_\_\_\_

Andauernd, seit: \_\_\_\_\_

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

von \_\_\_\_\_(Monat) bis \_\_\_\_\_(Monat)

### 6. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung/Beschwerden behandelt?

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

\_\_\_\_\_

Wie oft?

- bei Bedarf
- dauernd/regelmäßig
- Desensibilisierung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Andere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein
- Ja, einmalig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Ja, mehrmals  
zuletzt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

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

Nein

Ja, wann? \_\_\_\_\_

Ursprünglicher Beruf? \_\_\_\_\_

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

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

Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestehen deshalb Einschränkungen im Beruf?**

Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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)