

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Augenerkrankungen

### 1. Wie lautet die Bezeichnung Ihrer

**Augenerkrankung?** (Mehrfachnennung möglich)

- Weitsichtigkeit (Hyperopie)
- Kurzsichtigkeit (Myopie)
- Astigmatismus
- Grüner Star (Glaukom)
- Grauer Star (Katarakt)
- Horn-/Netzhautveränderung

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

### 2. Welches Auge ist betroffen?

- linkes Auge
- rechtes Auge

### 3. Welche Ursache liegt dem Augenleiden zugrunde?

- Angeboren
- Unfallbedingt
- Unbekannte Ursache
- Folge einer anderen Erkrankung bzw. Störung
  - Bluthochdruck (bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Bluthochdruck“)
  - Diabetes (bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Diabetes“)
- Andere (z. B. Multiple Sklerose)

### 4. Welche Untersuchungen werden / wurden bei Ihnen durchgeführt?

- Keine Untersuchung
- Sehtest am: \_\_\_\_\_

Dioptrien: rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Zylinder: rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

- Messung des Augeninnendrucks

am: \_\_\_\_\_ **Normalbefund?**

- Ja
- Nein, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

- Untersuchung des Augenhintergrunds

am: \_\_\_\_\_ **Normalbefund?**

- Ja
- Nein, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

- Untersuchung des Gesichtsfeldes

am: \_\_\_\_\_ **Normalbefund?**

- Ja
- Nein, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

- Andere \_\_\_\_\_

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

- Keine Behandlung
- Korrektur durch Brille / Kontaktlinsen
- Augentropfen / Medikamente:

Welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

- Laserbehandlung / LASIK-OP

- rechts
  - links
  - erfolgt
  - geplant
- Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Welche Dioptrienzahl bestand vor der Laserbehandlung / LASIK-OP?**

rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

- Operation (z. B. Star-OP, Netzhautplombe)

- erfolgt
  - geplant
- Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

- Bitte fügen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei
- Andere \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Augenerkrankungen

### 6. Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens?

- Nein  
 Ja, Sehinderung: rechts \_\_\_\_\_ %  
Sehminderung: links \_\_\_\_\_ %

**Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.**

### 7. Waren Sie wegen Ihrer Augenerkrankung in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

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

### 8. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben bzw. am Unterricht teilnehmen?

- Ja  
 Nein, welche Einschränkungen bestehen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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 angegebene 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)