// HANNOVERSCHE

Fragebogen Allergische Erkrankungen

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?

- ☐ Hausstaub/Hausstaubmilbe
- ☐ Gräser/Pollen
- ☐ Arzneimittel
- ☐ Insektengift
- ☐ Sonstige Stoffe (z. B. Metalle, Chemikalien, Nahrungsmittel)

welche?

2. Wie äußert sich die Allergie? Welche Symptome/Beschwerden treten auf?

- ☐ Niesen/Schnupfen/Augenrötung
- ☐ Reizung der Atemwege/Atembeschwerden
- ☐ Hautjucken/Hautausschlag
- ☐ Sonstiges:

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie lange dauern/dauerten die Beschwerden und wie oft treten/traten sie auf?

Beschwerdehäufigkeit:

☐ einmalig ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ häufig

Beschwerdezeitraum pro Jahr:

- ☐ bis zu einer Woche
- ☐ größer 4 Monate
- ☐ bis zu einem Monat
- ☐ 2–3 Monate
- ☐ Sonstiges:

5. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

☐ **Nein** ☐ **Ja** Falls ja, wann und wie lange?

7. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie deswegen?

☐ Bei Bedarf ☐ dauernd zuletzt (Monat, Jahr):

☐ Bei Bedarf ☐ dauernd zuletzt (Monat, Jahr):

☐ Bei Bedarf ☐ dauernd zuletzt (Monat, Jahr):

Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).
Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.

V112 AL · 09.2022 · DVL 423

8. Wurde eine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen?

☐ **Nein** ☐ **Ja** Falls ja, wann und wie lange?

Wurde dabei eine Einschränkung der Lungenfunktion festgestellt?

☐ Nein ☐ leicht ☐ mittel
☐ schwer ☐ nicht bekannt

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover