

Augenerkrankungen

Art: 212

Zusatzklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?	
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Doppelbilder, unscharfes / schleierhaftes Sehen, Kopfschmerzen)?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig</p>
3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	
5. Kam es zu Rückfällen? (Wenn ja, wann?)	<p><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p>
6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	
7. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Präparat(e):</p> <p>Dosierung: täglich</p>
8. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
9. Wurde eine Laserbehandlung durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

<p>10. Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens</p> <ul style="list-style-type: none"> • ohne Korrektur (Brille / Kontaktlinsen)? • mit Korrektur (Brille / Kontaktlinsen)? 	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p>rechts: % Sehminderung</p> <p>links: % Sehminderung</p> <p>rechts: % Sehminderung</p> <p>links: % Sehminderung</p>
<p>11. Bitte geben Sie die derzeitige Dioptrienzahl an.</p>	<p>rechts: dpt</p> <p>links: dpt</p>
<p>12. Wie hat sich Ihre Dioptrienzahl in den letzten 5 Jahren verändert?</p>	<p>Jahr: rechts: dpt links: dpt</p>
<p>13. Besteht Blindheit? (Wenn ja, rechts- / links- / beidseitig?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig</p>
<p>14. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>17. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten und vom aktuellen Brillenpass bei.

Durch meine eigenhändige Unterschrift 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. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers