



|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| <b>7. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt?</b> (z.B. Röntgenuntersuchungen, Computertomogramm, Laboruntersuchungen)        |                                 |   |
| Untersuchung/Behandlung<br>mit Datum (Monat/Jahr)  | Arzt-/Krankenhaus-<br>anschrift | Ergebnis der<br>Untersuchung/Behandlung             |
| <b>8. Sind Sie operiert worden?</b><br>Wann? (Monat/Jahr)  |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <b>Welcher Art war die Operation?</b><br>(Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)   |                                 |   |
| <b>Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten?</b><br>Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)   |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <b>9. Lag Bösartigkeit vor?</b><br>Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)                              |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <b>10. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt?</b><br>Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr)<br>(Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben) |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <b>11. Hatten Sie eine Kurbehandlung?</b><br>Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?   |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <b>Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt?</b> (Monat/Jahr)  |                                 |   |
| <b>12. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?</b><br>Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.  |                                 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

---

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter