

## Leberfleck / Muttermal

Art: 212

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

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Hautveränderung(en)?	
2. An welchem Körperteil / Organ befindet(en) sich das / die Muttermal(e) bzw. der / die Leberfleck(e)?	<input type="checkbox"/> Kopfhaut <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> .....
3. Wie groß ist / sind das / die Muttermal(e) bzw. der / die Leberfleck(e)?	
4. Wurde das /die Muttermal(e) bzw. der / die Leberfleck(e) operativ entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein .....
5. Welcher histologische (feingewebliche) Befund wurde erhoben?	<input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> Befund nicht bekannt
6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	

**- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -**

<p>7. Werden / wurden sonstige Behandlungen durchgeführt? (Wenn ja, wann und welche?)</p>	<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>
<p>8. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>9. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>10. 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>11. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten 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