

Allgemeine Krankheiten

Art: 212

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

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

<p>1. Ist Ihnen die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit bekannt? Wenn ja, wie lautet diese?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">.....</p>
<p>2. Unter welchen Beschwerden haben Sie in den letzten 5 Jahren gelitten bzw. leiden Sie noch?</p>	
<p>3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?</p>	
<p>4. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?</p>	
<p>5. Welche Körperabschnitte / Körperteile / Organe sind / waren betroffen?</p>	
<p>6. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, wann, welche?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">.....</p>
<p>7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</p>	

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

<p>8. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein??</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Namen der Medikamente</p> <p>Warum, wann und wie oft eingenommen?</p> <p>.....</p>
<p>9. Wurden die Beschwerden in den letzten 5 Jahren noch anders therapiert? Wenn ja, wann und wie, durch wen, Ergebnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>10. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>11. 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>12. Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden oder deren Folgen einen Berufs- und/oder Tätigkeitswechsel 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>13. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>14. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>

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

<p>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)</p>		
<p><input type="checkbox"/> zusätzliche Angaben sind beigefügt</p>		
<p><input type="checkbox"/> Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben</p>	<p><input type="checkbox"/> es folgen noch Angaben, Anzahl Extrablätter:</p>	
<p>Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.</p>		
<p>_____ Datum</p>	<p>_____ Unterschrift der zu versichernden Person</p>	<p>_____ Unterschrift des Antragstellers</p>