

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

VERLETZUNGEN/UNFÄLLE

Welche(s) Gelenk(e)/Organ(e) wurde(n) verletzt? _____

Welche Seite jeweils? _____

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn (MM/JJ) _____ Ende (MM/JJ) _____

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? _____

Bestehen Folgen der Erkrankung? Nein Ja, welche? _____

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Sind noch Nachbehandlungen, Operationen, Rehabilitationsmaßnahmen oder ähnliches vorgesehen? Nein Ja

Wann und welche? _____

Erfolgte eine ambulante Behandlung? Nein Ja

Datum (MM/JJ) _____

Erfolgte eine abschließende Untersuchung? Nein Ja

Wann und welche? _____

Sind Sie schwerbehindert? Nein Ja

Grad der MdE/GdB _____

Bitte Schwerbehindertenbescheid und nicht Schwerbehindertenausweis beifügen!

Ist Ihnen in Verbindung mit Ihren Beschwerden ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden? Nein Ja

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Nein Ja

Bitte weitere Angaben hierzu _____

Beziehen/bezogen Sie deswegen eine Teilrente oder Rente? Nein Ja

Seit wann? _____

In welchem Zeitraum? _____

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig? Nein Ja

Wenn Ja, wann _____

Diagnose _____

KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Wenn Ja, wann _____

Diagnose _____

Wenn Ja, wann _____

Diagnose _____

BEHANDELNDE ÄRZTE

Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Untersuchung _____

ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigelegt

Anzahl Extrablätter _____

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person