
Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

An welcher Form von Arthritis leiden Sie? Sollte keine genaue Diagnose vorliegen, beschreiben Sie bitte Ihre Symptome:

Welche Gelenke sind hauptsächlich betroffen?

Wann wurde die Krankheit erstmals diagnostiziert?

Sind noch Symptome vorhanden?

Nein Ja

Wenn **Ja**, sind die Symptome konstant, unbeständig, sich bessernd oder allmählich verschlechternd?

Wenn **Nein**, wann traten die Symptome das letzte Mal auf?

Behandlung

a. Wurden Sie wegen Arthritis operiert oder ist eine Operation geplant?

Nein Ja

Wenn **Ja**, legen Sie bitte komplette Unterlagen der Operation bei, mit Informationen zum Datum des Eingriffes, zu Namen der Krankenhäuser und Chirurgen und wie lange Sie nach der Operation arbeitsunfähig waren.

b. Benutzen Sie oder haben Sie Medikamente oder schmerzstillende Mittel benötigt?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte nennen Sie die Namen der Arzneimittel, Dosierung und wann Sie die Medikamente das letzte Mal verwendet haben.

c. Erhalten Sie noch andere Behandlungen, wie z. B. Physiotherapie?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte ausführliche Angaben machen.

Schwere der Krankheit

a. Sind Sie in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte genaue Angaben machen, einschließlich Dauer der Arbeitsunfähigkeit(en) in den letzten 2 Jahren.

b. Haben Sie durch die Arthritis bedingt Ihre nicht beruflichen Aktivitäten verändern oder reduzieren müssen, z. B. Sport, Hobbys, Verkehrsmittel, etc.?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte genaue Angaben machen.

c. Benutzen Sie zu Hause oder unterwegs einen Gehstock oder jegliche andere unterstützende Gehhilfe, z. B. einen Treppenlift?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte genaue Angaben machen.

d. Benötigen Sie oder erhalten Sie Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen wie z. B. beim Anziehen, Kochen, Putzen, Baden?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte genaue Angaben machen.

e. Erhalten Sie Invaliditätsleistungen, staatliche Unterstützung, Versicherungsleistungen oder Unterstützung Ihres Arbeitgebers?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte genaue Angaben machen, einschließlich der Art und der Höhe der Unterstützung.

Bitte geben Sie Name und Adresse Ihres behandelnden Arztes an und wann Sie diesen zuletzt konsultiert haben:

Bitte geben Sie uns alle zusätzlichen Informationen bezüglich Ihrer Krankheit, die für die Abwicklung dieses Antrags wichtig erscheinen:

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