

Allgemein

Zusatzerklärung zum Antrag / zur Vorabanfrage vom _____

Versicherungsnehmer/Antragsteller/Anfragender		Versicherungsnummer (falls bekannt)	
Zu versichernde Person			
1 Wie lautet die ärztliche Bezeichnung der Erkrankung?			
2 Wann ist die Erkrankung/sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?		Erstmals aufgetreten am: _____	
3 Welche Art waren/sind die Beschwerden? Welche Symptome sind aufgetreten?		Art, Umfang und Symptome:	
4 Wann erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen?		durchgeführt von / bis:	Name und Anschrift des Arztes:
5 Wurde in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung durchgeführt / angeraten?		<input type="checkbox"/> ja, durchgeführt von / bis:	Name und Anschrift des Krankenhauses:
		<input type="checkbox"/> ja, angeraten <input type="checkbox"/> nein	
6 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Operation durchgeführt / angeraten?		<input type="checkbox"/> ja, durchgeführt am: _____	
		<input type="checkbox"/> ja, angeraten <input type="checkbox"/> nein	
7 Wurde in den letzten 5 Jahren ein Heilverfahren oder eine Kur durchgeführt / angeraten?		<input type="checkbox"/> ja, durchgeführt von / bis: _____	
		<input type="checkbox"/> ja, angeraten <input type="checkbox"/> nein	
8 Welcher Art war / ist die ambulante bzw. stationäre Behandlung?		(z. B. Name und tägliche Dosierung der Medikamente)	
9 Wann und wo erfolgte die letzte Kontrolluntersuchung?		am:	Name und Anschrift des Arztes:
		Welches Ergebnis hatte sie?	
10 Ist eine weitere Therapie angeraten?		Art und Umfang:	
11 Haben Sie noch Beschwerden?		<input type="checkbox"/> nein, beschwerdefrei seit: _____	
		<input type="checkbox"/> ja, Art der Beschwerden: _____	
12 Bestand in den letzten 3 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von / bis:
13 Name und Anschrift Ihres behandelnden Arztes		Name und Anschrift:	

Mir ist bekannt, dass die von mir im oben genannten Antrag/in der oben genannten Vorabanfrage abgegebene Erklärung hinsichtlich der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben sowie der Hinweis zum Antrag auf die Rechtsfolgen bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht auch für diese Zusatzerklärung gelten.

Datum

Unterschrift des Antragstellers/Anfragenden

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
ab 16 Jahre