

Fragebogen Allgemeine Selbstauskunft

Zur Versicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ist die Erkrankung einmalig oder mehrmals aufgetreten?	<input type="text"/>
2. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Welche Beschwerden treten/traten auf?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Von wann bis wann hatten Sie Beschwerden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt und mit welchem Befund?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bitte reichen Sie Kopien der entsprechenden Befundberichte ein.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Wie wurden Sie behandelt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Wie lange und wann bestand gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeit?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

FRAGEN	ANTWORTEN
8. Besteht Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit [redacted]
Besteht Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit [redacted]
9. Welche Beschwerden bestehen ggf. noch?	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
10. Welche Behandlungen werden jetzt noch durchgeführt oder stehen noch an?	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
11. Welche Medikation ist erforderlich? Bitte genaue Bezeichnung, Dosis und Einnahmezeitraum angeben.	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
12. Wann und mit welchen Ergebnissen erfolgten zuletzt Kontrolluntersuchungen? Sollten Ihnen Berichte, Werte o. ä. vorliegen, fügen Sie uns diese bitte bei.	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
13. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten? Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis? Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja [redacted] [redacted] [redacted]
14. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.	[redacted] [redacted] [redacted]
15. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum



* 35000 *