

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Gesundheitserklärung A1 (kurz)

<p>1. Sind Sie seit Ihrer letzten der ALTE LEIPZIGER bekannten Gesundheitserklärung krank gewesen oder verletzt worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Art der Krankheit oder Verletzung: Welche Ärzte behandelten Sie deshalb (bitte genaue Anschrift)? Wann?</p>
<p>2. Ist sonst seit dem unter Frage 1 angegebenen Zeitpunkt eine Veränderung in Ihrem Gesundheitszustand eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>3. Haben Sie inzwischen einen Arzt, eine Klinik, ein Sanatorium oder einen Kurort aufgesucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, nennen Sie bitte Name und Anschrift des in Anspruch genommenen Arztes / der Klinik / der Einrichtung</p>

Stand 04.2013

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>4. Haben Sie seit Ihrer letzten Antragstellung bei der ALTE LEIPZIGER Anträge auf Versicherung Ihres Lebens bei anderen Gesellschaften oder deren Vertretern gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bei welchen Gesellschaften?</p> <p>Wie wurde über diese Anträge entschieden?</p>
<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter</p>