

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zur Nachschau

1. Allgemeine Fragen:

1) Welche Ausschlussklausel und deren zugrundeliegende Erkrankung soll überprüft werden?

2) Seit wann besteht Beschwerde - und Behandlungsfreiheit?

□□□□|□□□□|□□□□□□

Falls nach Antragstellung noch Beschwerden oder Behandlungen bestanden, dann reichen Sie uns bitte die vollständigen Befunde ein.

2. Zusatzfragen:

1) **Bei Asthma / Allergie:** Wann wurde zuletzt ein Arzneimittel (Name erforderlich) gegen das Asthma / die Allergie angewendet?

□□□□|□□□□|□□□□□□ Name: _____

2) **Bei operativer Fremdmaterialversorgung:** Wann wurde das Fremdmaterial entfernt?

□□□□|□□□□|□□□□□□

3) **Bzgl. Nieren-/ Gallensteine:** sind weiterhin Steine vorhanden? nein ja

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).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x