

# Beiblatt zum Antrag Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

**Angaben zum Antrag**

Antrag vom \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Antragschlüssel \_\_\_\_\_

Antragsteller/Versicherungsnehmer (Titel, Vorname, Name) \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Zu versichernde Person (VP) falls abweichend von VN**

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Ergänzende Angaben zu den bei Frage 2-12 mit „ja“ beantworteten Fragen**

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welche?	_____
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welcher?	_____
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welche?	_____
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welcher?	_____
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welche?	_____
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Welcher?	_____
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

**Unterschriften**

**X** \_\_\_\_\_  
**Zu versichernde Person** (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter/bei Minderjährigen ab Alter 16 zusätzlich: die zu versichernde Person)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ **X** **Kontoinhaber** (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ **X** **Antragsteller/Versicherungsnehmer**

Kommunikationsdaten Vermittler (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mail-/Internetadresse) \_\_\_\_\_ **Vermittler** (ggf. mit Stempel)