

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

BMIF

Ergänzung von: _____

1. aktuelle Körpergröße?	_____ cm (ohne Schuhe)
2. aktuelles Körpergewicht ?	_____ kg (ohne Kleidung)
3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert? Falls ja, Gewichtszunahme? Falls ja, Gewichtsabnahme?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wie viele kg in welchem Zeitraum? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wie viele kg in welchem Zeitraum?
4. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung (z.B. Erbrechen, unkontrollierte Aufnahme großer Nahrungsmengen, Heißhungeranfälle [Bulimie], Angst vor Übergewicht, Magersucht [Anorexia nervosa])?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche? Wann zuletzt?
5. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Ess- oder Verdauungsstörung Medikamente ohne ärztliche Verordnung eingenommen (z.B. Abführmittel, Appetitzügler)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche? Wann jeweils?

* 496889 *
496889 – 10.09

<p>6. Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Blutdruckwerte über 140/90 mmHg gemessen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wie hoch? Wann und von wem jeweils gemessen?</p>
<p>7. Nur bei Antragstellerinnen: Haben Sie regelmäßige Monatsblutungen (Menstruationen)?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>
<p>8. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Stoffwechselstörung (z.B. Cholesterin-, Triglycerid-, Zucker-, Harnsäureerhöhung oder Hormonstörung) festgestellt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu.</p>
<p>9. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Leberwerterhöhung oder eine Lebererkrankung (z.B. Fettleber) festgestellt?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu.</p>
<p>10. Wurde oder wird bei Ihnen eine Psychotherapie (z.B. Gesprächs- oder Verhaltenstherapie) durchgeführt oder ist eine solche geplant?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, Wie oft? Von wann bis wann? Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p>
<p>11. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja: Was? Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____ Bei Extrauchern: Bis wann? _____</p>
<p>12. Waren in den letzten 15 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren, Anschlussheilbehandlungen) nötig?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wo (Anschrift)?</p>
<p>13. Waren Sie schon länger als 6 Wochen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, wann? Wie lange? Wegen welcher Erkrankung?</p>

<p>14. Haben Sie aufgrund von Gewichtsproblemen, Gewichtsänderungen oder einer Essstörung Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Gegebenenfalls bitte Beiblatt benutzen)</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>1.) erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____</p> <p>2.) erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____</p>
<p>15. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings **meine Einwilligung** erforderlich:

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich **die hier von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

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). Ich wiederhole sämtliche Erklärungen, die ich im Zusammenhang mit dem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,
auch die des gesetzlichen Vertreters

--	--