

# Zusatzklärung Allgemein

 Lebensversicherung Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

**Versicherte Person**

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Angaben/Diagnose laut Antrag

**Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.**

**1. Wie lauten die Krankheitsbezeichnung und die genaue Diagnose?****Konnte Bösartigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden?** ja nein**2. Welche Beschwerden bestanden? Wann und wie lange?****3. Bei welchen Ärzten/in welchen Krankenhäusern standen oder stehen Sie in Behandlung (Behandlungsdaten)? Bitte Name und Anschrift angeben:****Wegen welcher Krankheit (Diagnose) und in welchem Zeitraum?****4. a) Worin bestand die jeweilige Behandlung (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung usw.)?****b) Welche Medikamente (Name) wurden angewandt?****5. a) Welche Beschwerden bestehen gegebenenfalls noch?****b) Welche Medikamente (Name) werden derzeit verordnet/ingenommen?****c) Welche Behandlungen/Operationen werden voraussichtlich noch notwendig sein?****6. Wurde bei Ihnen erhöhter Blutdruck gemessen?** ja, wann? nein**Welche Blutdruckwerte wurden festgestellt?**

/ mm/Hg am

/ mm/Hg am

**Wurden blutdrucksenkende Mittel verordnet?** ja nein**Name des Medikamentes und Dosis?**

# Zusatzklärung Allgemein

**7. Wurden erhöhte Laborwerte festgestellt?** ja  nein**Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wann?**

<b>Ergebnis</b>	<b>Datum</b>
Cholesterin	
Triglyceride	
GOT	
GPT	
Gamma-GT	
Blutzucker	
Harnsäure	
Sonstige (bitte näher ausführen)	

**8. Wurden bzw. werden noch andere, bisher nicht erwähnte Medikamente eingenommen?** ja  nein**Name der Medikamente, Dosis und Zeitraum?****9. Bei welchem Arzt/Hausarzt befinden sich Unterlagen über diese Erkrankungen? Bitte Name und Anschrift des Arztes angeben:****10. Waren Sie jemals berufsunfähig oder länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?** ja  nein**Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?****11. Rauchen Sie Zigaretten?** ja  nein**Wenn ja, wie viele pro Tag?**

**Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.**

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der versicherten Person