

Zusätzliche Erklärung - Zuckerkrankheit -

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

1. Seit wann sind Sie Diabetiker?

.....

2. Sind Sie wegen Ihrer Zuckerkrankheit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

3. Wann haben Sie Ihren Arzt zuletzt aufgesucht?

.....

Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

.....

.....

.....

4. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und von wann bis wann?

.....

.....

.....

5. Wurden Kuren durchgeführt?

ja nein

Wo (Name und Anschrift der Kureinrichtung) und von wann bis wann?

.....

.....

.....

6. Hatten Sie jemals Eiweiß oder Aceton im Urin? Falls ja, wann?
 ja nein
7. Ist bei Ihnen jemals ein Koma aufgetreten? Falls ja, wann?
 ja nein
8. Sind bei Ihnen Schockzustände aufgetreten? Falls ja, wann?
 ja nein
9. Halten sie regelmäßig eine Diät ein? Falls ja, seit wann?
 ja nein
10. Werden Sie mit Insulin behandelt oder haben Sie sich selbst damit behandelt?
 ja nein
- Welches Präparat verwenden Sie?
- Wie hoch ist die tägliche Dosis?
11. Verwenden Sie eine Insulinpumpe?
 ja nein
12. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?
 ja nein
Welches Präparat nehmen Sie?
13. Wann wurde zuletzt bei Ihnen eine Blutzuckeruntersuchung vorgenommen?
- Mit welchem Ergebnis?
- Wie war der HBA1-Wert?
14. Wurde bei Ihnen eine Augenhintergrunduntersuchung vorgenommen?
 ja nein
Mit welchem Ergebnis?

15. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

ja nein

Wegen welcher Erkrankung und von wann bis wann?

.....
.....

Vorstehende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann alleine verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt.

Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Diese Fragen und Ihre Antworten sind Bestandteil des Antrages.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der zu versichernden Person)