

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Zusatzfragebogen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung von Kindern unter 15 Jahren

1. Erfolgte die Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche? nein ja
In der _____ Schwangerschaftswoche

2. Waren Operationen (außer Mandel-, Rachenpolypen- oder Blinddarmoperationen) oder mehr als 3 Monate anhaltende ärztliche, psychologische, krankengymnastische oder ergotherapeutische Behandlungen in den ersten 10 Lebensjahren erforderlich? nein ja
Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

3. Besteht eine Sprachstörung oder war in der Vergangenheit eine logopädische Behandlung nötig?

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

4. War eine besondere Förderung wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich?

nein ja

Falls ja, welche?

Von wann bis wann?

5. Welche Schulformen wurden bis jetzt besucht?

Von wann bis wann jeweils?

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 zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

