

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Ergänzung von: _____

AF

1. Bestand oder besteht eine Hautkrankheit (Hautveränderungen z.B. in den Ellenbeugen, Ekzem, Allergien gegen bestimmte Stoffe, Sonnenallergie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie bezeichnet der Arzt diese Hautveränderung?
2. Leiden Sie an Heuschnupfen oder Augenjucken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?
3. Leiden Sie häufiger an Bronchitis (mehr als 2 x im Jahr) oder an Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o.g. Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Wann treten die Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> bei Pollenkontakt <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> im Frühjahr und Sommer <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> bei Tierkontakt <input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> im Herbst und Winter
6. Besteht eine Allergie gegen bestimmte Nahrungsmittel, gegen Arbeitsstoffe oder Arbeitsmittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

40005SLE - scp 24 - 02.07

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>7. Waren Sie aufgrund o.g. Erkrankungen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Von _____ bis _____</p>
<p>8. Streben Sie einen Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen bereits erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>9. Wurde ein Allergietest durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch (Bitte Allergikerausweis in Kopie beifügen.)?</p>
<p>10. Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Erfolgreich?</p>
<p>11. Wie wird die Allergie behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> ganzjährig oder <input type="checkbox"/> nur zur bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Antihistaminika Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> Dosieraerosol Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> 2. Dosieraerosol Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> Euphylin Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> Kortisontabletten Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> Schnupfenmittel Medikamentenname _____ seit _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen (bitte nähere Angaben)</p>
<p>12. Haben Sie Ärzte wegen der o.g. Erkrankung aufgesucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? (Name und Anschrift der untersuchenden Ärzte)</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

13. Waren Behandlungen im Krankenhaus notwendig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Wie oft?
14. Wurde eine Kur durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wo? (Anschrift)
15. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was, wie viel pro Tag und seit wann?

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 meinem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

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