



Allgemeine Angaben - Z 3

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

2. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Erkrankung?

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

- Einmalig Von: Bis:
Wiederholt Seit wann?: Wann zuletzt?:
Dauernd Seit wann?:

4. Wie wurde Ihre Erkrankung / Ihre Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
mit Medikamenten Name: Dosis: von/bis:
mit Medikamenten Name: Dosis: von/bis:
Sonstige Behandlungen:

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

- Nein, keine Folgen / Beschwerden mehr seit:
Ja, Art der Folgen / Beschwerden:

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

- Nein
Ja, einmal von bis
Ja, mehrmals

7. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Table with 3 columns: Name / Anschrift, Zeitpunkt / Zeitraum, Untersuchungen / Behandlungen

8. Ist eine Röntgenuntersuchung erfolgt?  Nein  
 Ja, am: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_  
 Ergebnis: \_\_\_\_\_
9. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden?  Nein  
 Ja, am: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_  
 Ergebnis: \_\_\_\_\_
10. Ist eine operative Behandlung erfolgt oder geplant? Welche? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?  Nein  
 Ja, \_\_\_\_\_
11. Rauchen Sie?  Nein  
 Ja, \_\_\_\_\_ Stück/Tag
12. Ist eine Laboruntersuchung durchgeführt worden?  Nein  
 Ja
- 12a. Sind die Werte im Normbereich?  Ja  
 Nein (bitte Laborblatt beifügen)
13. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  Nein  
 Ja \_\_\_\_\_ % GdB/MdE
14. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?  Ja  
 (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)  Nein, Einschränkungen
15. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
 Datum                      Unterschrift der zu versichernden Person                      Unterschrift des Antragstellers