



**Leber - Z 17**

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 ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?  
(z. B. Leberentzündung / Hepatitis A, B, ..., Fettleber, Leberzyste...)

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?  
(z. B. Verdauungsbeschwerden, Schmerzen, Gelbsucht, Koliken, Leberschwellung usw.)

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

- Einmalig? von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Wiederholt? Seit wann? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_
- Dauernd? Seit wann? \_\_\_\_\_

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

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

5. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann?  nein  
Dauer?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

6. Wurde Ihnen zu einer Diät / Alkoholabstinenz geraten?  nein  
Wenn ja, welche?  ja, \_\_\_\_\_

7. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  
 ja, \_\_\_\_\_ % GdB/MdE

8. Wie wurden oder werden Sie behandelt:

- keine Behandlung
- Medikamente, Injektionen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - regelmäßig       bei Bedarf mit \_\_\_\_\_
  - regelmäßig       bei Bedarf mit \_\_\_\_\_
- Operation durchgeführt am \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_  
Name/Anschrift des Krankenhauses  
\_\_\_\_\_
- Operation angeden/geplant Welche und wann? \_\_\_\_\_  
Name/Anschrift des behandelnden Arztes  
\_\_\_\_\_
- Sonstige Behandlung \_\_\_\_\_

9. Wurden Labortests (z. B. Hepatitis-Serologie, Leberwertbestimmung) durchgeführt?  
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Welche? Ergebnisse?)

10. Wurde eine Biopsie, Punktion, Laparoskopie (Bauchspiegelung) o. Ä. vorgenommen?  
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Welche Untersuchung, Wann, Ergebnis?)

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen

14. 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.