



Tumor - Z 26

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. An welchem Körperteil/in welchem Organ befindet/befand sich der Tumor?
3. Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden in Bezug auf die Erkrankung?
4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?
5. Ist die operative Tumorentfernung erfolgt?
6. Sind Sie zu Kontrolluntersuchungen gegangen?
7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?
8. Falls keine Operation erfolgte:
9. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?
10. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

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

11. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen oder anderen Strahlen behandelt (= bestrahlt) worden?
Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

12. Wurde eine chemotherapeutische Behandlung, Interferon-, Hormontherapie o.Ä. durchgeführt?
Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

13. Wurde oder wird eine sonstige Nachsorgebehandlung durchgeführt? Wann? Durch wen?

nein ja Datum: _____ Arzt: _____

Welche Behandlung? _____

14. Besteht oder bestand eine Minderung der
Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung
oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

nein
 ja _____ % GdB/MdE

15. Konnte bei dem Tumor **Bösartigkeit** mit Sicherheit
ausgeschlossen werden?

nein
 ja unbekannt

16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung
arbeitsunfähig gewesen? Dauer?

nein
 ja, einmal von _____ bis _____
 ja, mehrmals

17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?

ja
 nein, Einschränkungen: _____

18. 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

Z 26