



**Untergewicht - Z 27**

Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

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

1. Bitte geben Sie Ihre genaue Größe und Gewicht an: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg  
(Gewicht ohne Kleidung, Größe ohne Schuhe)
  
2. Seit wann haben Sie dieses Gewicht: seit: \_\_\_\_\_
  
3. Bestanden größere Gewichtsschwankungen?  ja  nein  
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben)  
von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
  
4. Wurde eine Ursache für das Untergewicht bzw. die Gewichtsabnahme festgestellt?  
z. B. Darmerkrankung, Anorexie (Magersucht, Bulimie (Ess-Brechsucht), Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion). Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, welche?  
 nein  
 ja, Ursache: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Sind Sie diesbezüglich zur Zeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?  
 ja, seit: \_\_\_\_\_  
 nein, Beschwerden: \_\_\_\_\_
  
6. Haben Sie besondere psychische Belastungssituationen? Wenn ja, welche?  
Befinden oder befanden Sie sich deswegen in Behandlung? (Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut)  
 nein  
 ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, wann? Welche? Dosierung?  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein  
wenn ja:  regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_  
 regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
  
8. Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm HG \_\_\_\_\_ Datum  
systolisch/diastolisch  unbekannt
  
9. Rauchen Sie?  
Wie viel täglich? Seit wann?  
 ja, seit: \_\_\_\_\_  
 nein  
 Zigaretten: \_\_\_\_\_ Stück/Tag  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_ Stück/Tag

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

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

11. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?  nein  
 ja, einmal von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 ja, mehrmals

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?  ja  
 Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?  nein, Einschränkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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. Wurde ein Kuraufenthalt durchgeführt oder ist ein solcher geplant?  nein  
 Ggf. wann, wo, mit welchem Ergebnis?  ja, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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