



# HanseMercur

<b>Selbstauskunft</b>	<b>Diabetes</b>
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

<b>Allgemeines</b>									
1. Wann wurde die Diagnose gestellt?	_____								
2. Welcher Diabetes-Typ liegt vor?	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2								
3. Angaben zur Person:	Gewicht: _____ kg      Körpergröße: _____ cm								
4. Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
<b>Behandlungen/Messwerte</b>	Name: _____      Dosierung: _____								
1. Welche Medikamente nehmen Sie aufgrund des Diabetes ein?									
2. Geben Sie die letzten drei Messwerte des HbA1c Wertes ein:	<table border="0"> <tr> <td>Messwerte</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td>1. _____ mg/dl</td> <td>am _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____ mg/dl</td> <td>am _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____ mg/dl</td> <td>am _____</td> </tr> </table>	Messwerte	Datum	1. _____ mg/dl	am _____	2. _____ mg/dl	am _____	3. _____ mg/dl	am _____
Messwerte	Datum								
1. _____ mg/dl	am _____								
2. _____ mg/dl	am _____								
3. _____ mg/dl	am _____								
3. Welche Cholesterinwerte wurden letztmalig gemessen?	<table border="0"> <tr> <td>1.HDL _____ mg/dl</td> <td>am _____</td> </tr> <tr> <td>2.LDL _____ mg/dl</td> <td>am _____</td> </tr> </table>	1.HDL _____ mg/dl	am _____	2.LDL _____ mg/dl	am _____				
1.HDL _____ mg/dl	am _____								
2.LDL _____ mg/dl	am _____								
4. Führen Sie ein Zucker-Tagebuch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte die letzten 6 Monate beifügen								

**Bitte Rückseite beachten.**

<b>Weitere Erkrankungen</b>		
1. Leiden Sie unter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2. Bestehen Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
3. Liegt eine Nervenschädigung (Polyneuropathie) vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Liegt eine Nierenschädigung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Besteht eine Durchblutungsstörung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?	Name:	Dosierung:
7. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____

**Sofern es zur Antragsannahme kommt, bin ich mit der nachfolgenden Ausschlussklausel einverstanden:**

**In Abänderung zu Ziffer 3.2.2 und Ziffer 5.1.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen: "Unfälle und deren Folgen, bei denen Diabetes zu mindestens 25 % mitgewirkt hat". Außerdem gilt ein Unfall in Folge eines Zuckerschocks als nicht mitversichert."**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Personen  
(unter 18 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter(in))

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antrages bzw. Vertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Personen  
(unter 18 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Die ausgefüllte und unterschriebene Selbstauskunft schicken Sie bitte an:

**HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG**

Abteilung SB2

Team Risikoprüfung

Siegfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg

**Telefon: (040) 4119 4860**

**E-Mail: shu-risikopruefung@hansemerkur.de**