



HanseMercur

Selbstauskunft	Augen
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	<input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) <input type="checkbox"/> Maculadegeneration <input type="checkbox"/> Cataract (grauer Star) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
2. Welche(s) Auge(n) ist/ sind betroffen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beide
3. Wie sind Ihre aktuellen Dioptrienwerte?	links _____ rechts _____
4. Seit wann bestehen die Beschwerden?	
5. Mit welchen Maßnahmen werden und wurden die Beschwerden behandelt?	<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung, welche? _____ <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Laserung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Wann? _____ Wann? _____
6. Liegt Ihnen ein aktueller Arztbericht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann reichen Sie uns diesen bitte ein
7. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____

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:

HanseMercur Allgemeine Versicherung AG

Abteilung SB2
Team Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Telefon: (040) 4119 4860

E-Mail: shu-risikopruefung@hansemercur.de

Stand 01/2019