



# HanseMercur

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

1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Osteoporose - Bitte T-Wert angeben: _____	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	_____	
3. Welche Körperteile/Gelenke sind betroffen?	_____	
4. Bestehen regelmäßig Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ seit wann? _____	
5. Wie stark sind Sie dadurch im täglichen Leben eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Name:	Dosierung:
	_____	_____
7. Mit welchen Maßnahmen werden, bzw. wurden die Beschwerden behandelt?	<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Operation: wann und welche Art? _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
8. Liegt Ihnen ein aktueller Arztbericht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann reichen Sie diesen bitte ein	
9. 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