



HanseMerkur

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

Welche Medikamente nehmen Sie ein?		
Name des Medikaments:	Dosierung:	Erkrankung/Diagnose:

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

Stand 01/2019