



# HanseMerkur

Selbstauskunft	Erkrankungen der inneren Organe	
Versicherungsscheinnummer:	_____	
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____	
Zu versichernde Person (VP):	_____	
Geburtsdatum VP:	_____	
1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	_____ <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	_____	
3. Nennen Sie die Ursachen für die Erkrankung.	_____	
4. Welche Beschwerden bestehen?	<input type="checkbox"/> Atemstillstand <input type="checkbox"/> Schmerzen des betroffenen Organs <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> gar keine <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
5. Mit welchen Maßnahmen werden bzw. wurden die Beschwerden behandelt?	<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung <input type="checkbox"/> Transplantation eines Organs <input type="checkbox"/> Benutzung eines Sauerstoffgeräts <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Name:	Dosierung:
	_____	_____
7. Liegt Ihnen ein aktueller Arztbericht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann reichen Sie diesen bitte ein	
8. 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:

**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