



HanseMerkur

Selbstauskunft	Herz- und Kreislauf
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> KHK (Koronare Herzerkrankung) Geben Sie Ihre "Lown-Klassifikation" an: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
2. Seit wann besteht die Erkrankung?		
3. Mit welchen Maßnahmen wird, bzw. wurde die Erkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Stents <input type="checkbox"/> Defibrillator <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> sonstige Maßnahmen: _____	Wann? _____
4. Wie stark sind Sie dadurch im täglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
5. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Name: _____	Dosierung: _____
6. Liegt Ihnen ein aktueller Arztbericht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann reichen Sie diesen bitte ein	
7. Sind Sie auf Grund 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