

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Lungenerkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
1. Allgemeine Angaben: Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg 2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)? <input type="checkbox"/> Hyperreagibles Bronchialsystem <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Intrinsicasthma <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung <input type="checkbox"/> Lungenemphysem <input type="checkbox"/> Trichterbrust <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Lungenteilresektion <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<input type="checkbox"/> Untersuchungen Welche: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
3. Welche Beschwerden treten auf? <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Allergie		5. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> ja Aufenthalt von: _____ bis: _____ OP Datum der OP: _____ Art: _____ OP angeraten Aufenthalt angeraten: _____ <input type="checkbox"/> nein	
4. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei) <input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft		6. Fand eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____	
		7. Bestanden wegen der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____	
		8. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	
		9. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre