ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Sonstige Erkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

_____

_____

2. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

_____

_____

3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?

_____ (MM/JJJJ)

4. Welche Beschwerden treten auf?

_____

_____

5. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

☐ Einmalig wann: _____ Dauer: _____

☐ Wiederholt wann erstmalig: _____ Letzmalig: _____

Häufigkeit: _____

☐ Dauerhaft wann erstmalig: _____

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____

Dosierung: _____

Einnahme seit: _____

☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen:**

Welche: _____

Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein

☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____

☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____

☐ Sonstiges: _____

9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein

☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____

☐ Aufenthalt angeraten _____

☐ Sonstiges: _____

10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein

☐ ja, von: _____ bis: _____

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein

☐ ja, seit: _____

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein

☐ 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

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 - 0
Telefax 0 44 41 / 905 - 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Andreas Dienst | Dr. Ulrich Knemeyer | Manfred Schnieders
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 201539

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 110012