



**5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?**

- Einmalig? Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Wiederholt? Wann jeweils? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Dauerhaft? Seit wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

D522222

**6. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?**

- keine Behandlung  
 Medikament(e), Präparatename(n): \_\_\_\_\_  
 Akutbehandlung  Dauertherapie  
 Operation durchgeführt: Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
 Operation angedacht bzw. geplant, für wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
 Sonstige, welche? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

**7. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?**

- Hausarzt  Internist  Urologe  Nephrologe  Gynäkologe  
 Heilpraktiker  sonstige: \_\_\_\_\_

Name, vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

**8. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?**

- nein  ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)  
 \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)

---

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre  
 (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)