

ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG  
Postfach 1363  
49362 Vechta

Vechta,  
Vorgangs-Nr.:  
**Selbstauskunft**  
**Lungenerkrankungen**

VD522203

**Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag**

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

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