

ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG  
Postfach 1363  
49362 Vechta

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

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. Wie lautet die exakte Diagnose?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Muttermale</p> <p><input type="checkbox"/> Basaliom</p> <p><input type="checkbox"/> Malignes Melanom</p> <p><b>2. An welchen Körperstellen treten die Muttermale auf?</b></p> <p><input type="checkbox"/> gesamter Körper</p> <p><input type="checkbox"/> Rumpf</p> <p><input type="checkbox"/> Gliedmaßen</p> <p><b>3. Anzahl der vorhandenen Muttermale</b></p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 10 Stück</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 20 Stück</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 30 Stück</p> <p><b>4. Welche Behandlungen fanden statt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OP Datum der OP: _____ Art der OP: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Laserung</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige: _____</p> <p><b>5. Besteht Behandlungsfreiheit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p><b>6. Besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><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