

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Unterleibserkrankungen

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden im Unterleib leiden oder litten Sie?

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des Arztes an.

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ andauernd

Wurde bei Ihnen ein Tumor oder ein Geschwulst im Unterleib festgestellt? ja nein

Falls ja: Welcher Art? gutartig bösartig unbekannt

Welche Untersuchung wurde zur Abklärung durchgeführt?

Zytologie / Zelluntersuchung (z.B. PAP-Abstrich) Biopsie (Gewebeentnahme)

sonstige: _____
 Bitte reichen sie uns die Befunde ein.

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden? ja nein

Falls ja: Welche?

Behandlung der Beschwerden

Welcher Arzt hat die Unterleibserkrankung behandelt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Wer ist der derzeit behandelnde Frauenarzt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Arzt wurde oben bereits genannt

Sind oder waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? ____ / ____ MM/JJJJ

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein? ja nein

Falls ja:

Welche?

Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	eingenommen	
				seit	bis

_____ ____ / ____ ____ / ____

_____ ____ / ____ ____ / ____

_____ ____ / ____ ____ / ____

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

PESVA01673

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 3 der ergänzenden Erklärung zu Unterleibserkrankungen

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls
die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
