

- 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 zehn Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Operationen

Beschreibung der Operation

Aus welchem Grund erfolgte die Operation? (Wenn möglich, bitte Diagnose des Arztes angeben)

Wann erfolgte die Operation? ____ / ____ MM/JJJJ

Was für eine Operation wurde durchgeführt?

Welcher Körperteil war oder ist von der Operation betroffen?

- links rechts beidseitig anderer Körperbereich

Liegt Ihnen ein Operationsbericht vor?

ja nein

Falls ja: Bitte legen Sie eine Kopie des Operationsberichtes bei.

Wurden Organe oder Körperteile (teilweise) entfernt?

ja nein

Falls ja: Welche?

Wurde eine Gewebeentnahme (Biopsie) vorgenommen?

ja nein

Falls ja: Wie lautet das Ergebnis der Biopsie?

- gutartig bösartig unbekannt

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?

ja nein

Falls ja: Welche?

Ist die Erkrankung ausgeheilt?

ja nein

Falls ja: Seit wann? ____ / ____ MM/JJJJ

weitere Behandlungen

Sind weitere Operationen geplant oder ärztlicherseits angeraten?

ja nein

Falls ja: Wann und welche?

Wann?

Werden oder wurden neben der Operation weitere Therapien durchgeführt?

ja nein

Falls ja: Welche?

von MM/JJJJ bis MM/JJJJ Wie oft?

- Strahlentherapie ____ / ____ ____ / ____ _____
 Chemotherapie ____ / ____ ____ / ____ _____
 sonstige Therapie: _____ ____ / ____ ____ / ____ _____
 _____ ____ / ____ ____ / ____ _____

Wurde eine RehaMaßnahme 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)

PESVA01674

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Operationen

behandelnde Ärzte	
In welchem Krankenhaus / welcher Arztpraxis wurde die Operation ausgeführt? (Name der Abteilung, Adresse)	

Von welchem Arzt wurden Sie nach der Operation behandelt? <input type="checkbox"/> gleicher Arzt wie vor der Operation	

Wann wurden Sie zuletzt wegen der Operation behandelt? ____ / ____ MM/JJJJ	
Warum? Welche Behandlung wird / wurde durchgeführt?	

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
Besteht oder bestand wegen Ihren Beschwerden in den letzten 5 Jahren Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)	
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert?	

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

weitere behandelnde Ärzte			
Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls ja:	Name, Anschrift, Fachrichtung	Wann?	Warum?

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
