

- 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

\_\_\_\_\_