

- 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 Zuckerstoffwechselstörungen (Diabetes)

Beschreibung der Beschwerden	
<b>Welche Form des Diabetes wurde bei Ihnen festgestellt?</b>	
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> andere Form von Diabetes: _____	
<b>Wann wurde die Erkrankung erstmals festgestellt?</b> _____ / _____ MM/JJJJ	
<b>Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes angeben:</b>	
_____	
<b>Haben oder hatten Sie?</b>	
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörungen, Koma	<input type="checkbox"/> Unterzucker
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren	<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin
<input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen an den Füßen	<input type="checkbox"/> Augenhintergrundveränderungen
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen des Gehirns, des Herzens, der Beine oder der Füße: _____	
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Herzens: _____	
<input type="checkbox"/> EKG-Veränderungen oder Herzrhythmusstörungen: _____	
<input type="checkbox"/> Erkrankte Hautstellen (z. B. Geschwür, offene Stelle, schlecht heilende Wunde): _____	
<input type="checkbox"/> andere Erkrankung (z. B. Bauchspeicheldrüse): _____	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck - Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?	
Datum: _____ / _____ (syst./diast.)	
Datum: _____ / _____ (syst./diast.)	
<input type="checkbox"/> keine Erkrankung	
<b>Bestehen noch Folgen oder Beschwerden?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche? _____	

Behandlung der Beschwerden	
<b>Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Insulin gegen die Beschwerden ein?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: <span style="float: right;">eingegenommen</span>	
Welche?	Medikament / Insulintyp    Dosis    täglich    gelegentlich    seit    bis
_____	_____    _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____    _____ / _____
_____	_____    _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____    _____ / _____
_____	_____    _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____    _____ / _____

Überwachung der Zuckerstoffwechselstörung	
<b>Wie hoch sind Ihre aktuellen HbA1c-Werte?</b> (nicht älter als 6 Monate)	
Datum:	% oder mmol/mol    mg/dl oder    mmol/l
_____	HbA1c: _____    Blutzucker: _____
_____	HbA1c: _____    Blutzucker: _____
_____	HbA1c: _____    Blutzucker: _____

Nikotinkonsum	
<b>Rauchen Sie (E-)Zigaretten, (E-)Zigarren, (E-)Zigarillos, (E-)Pfeifen, Wasserpfeifen oder Shisha?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls nein:	
<b>Seit wann sind Sie Nichtraucher?</b>	seit _____ / _____ MM/JJJJ <input type="checkbox"/> immer schon

PESVA01675

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Zuckerstoffwechselstörungen (Diabetes)**

<b>zusätzliche Bemerkungen</b>

<b>Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen</b>

**Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihres Diabetes-Passes ein.**

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

\_\_\_\_\_