

- 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 Augenerkrankungen / Sehstörungen

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden/Symptomen der Augen 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.

- Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit grüner Star (Glaukom)
 grauer Star Horn- / Netzhautveränderung Astigmatismus
 sonstige Ursache: _____

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

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

Besteht oder bestand Fehlsichtigkeit? ja nein

Falls ja: Anzahl der Dioptrien (aktuell): Linkes Auge: ____ Rechtes Auge: ____

Wird die Sehinderung durch eine Brille oder Kontaktlinsen ausgeglichen? ja nein

Falls ja: Brille Kontaktlinsen

Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens? ja nein

Falls ja: Wie viel Prozent beträgt die Restsehkraft? Linkes Auge: ____ % mit Korrektur: ____ %

Rechtes Auge: ____ % mit Korrektur: ____ %

Ist Ihr Augenleiden eine Folge einer anderen Erkrankung? ja nein

Falls ja: Welcher? Zuckerkrankheit Bluthochdruck Multiple Sklerose

sonstige: _____

Behandlung der Beschwerden

Wann wurden Sie zuletzt von einem Augenarzt untersucht oder behandelt? ____ / ____ MM/JJJJ

Welcher Augenarzt hat Sie zuletzt untersucht oder behandelt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

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

Falls ja:	Medikament / Wirkstoff	Dosis	täglich	gelegentlich	nach Bedarf	eingegenommen seit	bis
Welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____	____ / ____

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Augenoperation oder Laserbehandlung (z. B. auch Lasik OP) durchgeführt? ja nein

Falls ja: Wann wurde die Behandlung durchgeführt? Linkes Auge: ____ / ____ MM/JJJJ

Rechtes Auge: ____ / ____ MM/JJJJ

Welche Operation wurde durchgeführt? _____

Welcher Arzt hat die Operation durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

Welche Dioptrienzahl bestand vor der Operation? Linkes Auge: ____

Rechtes Auge: ____

Sind bei der Behandlung Komplikationen aufgetreten? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Bestehen noch Beschwerden? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Ist eine (weitere) Augenoperation oder Laserbehandlung vorgesehen oder angeraten? ja nein

Falls ja: Welches Auge? Wann? Welche Behandlung?

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Augenerkrankungen / Sehstörungen

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
Besteht oder bestand durch die Beschwerden eine Beeinträchtigung in der Berufsausübung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welcher Form?	_____
Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)	_____
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
Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheids bei.	

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
