☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz

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 Leberentzündungen (Hepatitis)

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden, verursacht durch eine Leberentzündung / Hepatitis, leiden oder litten Sie?

_____

_____

_____

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden oder Diagnose des Arztes bekannt? ☐ **ja** ☐ **nein**

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

☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis B-Carrier
☐ Hepatitis C ☐ Hepatitis D ☐ Gelbsucht
☐ sonstige Erkrankung der Leber: _____

_____

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? ☐ **ja** ☐ **nein** (einmalig)

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? ____ / _____ MM/JJJJ

Wann sind die Beschwerden letztmals aufgetreten? ____ / _____ MM/JJJJ ☐ andauernd

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? ☐ **ja** ☐ **nein**

Leiden oder litten Sie an anderen Krankheiten der Bauchorgane
(z. B. Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, der Nieren)**?** ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche? _____

_____

Sind die Erkrankungen der Bauchorgane ausgeheilt? ☐ ja ☐ nein

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche? _____

_____

Bitte geben Sie, sofern bekannt, die aktuellsten Laborwerte an: ☐ Laborwerte nicht bekannt

Datum der Laboruntersuchung: _____

GGT: _____ U / L GPT (Alt): _____ U / L GOT (AST): _____ U / L

Bilirubin: _____ mg / dl AP (Alkalische Phosphatase): _____ U / L

Bitte Kopie der Laboruntersuchung beilegen (falls vorhanden).

Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Drogen konsumiert? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche (genaue Bezeichnung)? Wie oft? In welcher Menge? In welchem Zeitraum? Wann zuletzt?

_____

_____

Wurden Drogen in die Blutbahn gespritzt? ☐ ja ☐ nein

Behandlung der Beschwerden

Waren Sie wegen der genannter Beschwerden in ärztlicher Behandlung oder in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche Behandlung wurde durchgeführt?

_____

_____

Wann zuerst? ____ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / _____ MM/JJJJ

Bei welchem Arzt / Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung bzw. Fachabteilung angeben)

_____

_____

_____

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? _____ Kalendertage

Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Ist die Krankheit weiterhin überwachungs- oder behandlungsbedürftig? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben.

_____

_____

Allianz

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherungsnr.: _____ **RLNR.:** _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Leberentzündungen

Unterziehen Sie sich regelmäßig Kontrolluntersuchungen? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: In welchem Turnus werden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

Wann war die letzte Kontrolluntersuchung? ____ / _____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis?

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

Falls ja: ☐ empfohlen ☐ beantragt ☐ durchgeführt

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

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ☐ ja ☐ nein

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen? ☐ **ja** ☐ **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