

- 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 dem in den Gesundheitsangaben genannten Rheuma, der Gelenkerkrankung bzw. der chronisch wiederkehrenden Augenentzündung

Beschreibung der Beschwerden	
Welche Beschwerden werden oder wurden durch die Erkrankung (z. B. Morgensteifigkeit, geschwollene Gelenke, Kraftlosigkeit in den Händen) hervorgerufen?	

Welche Gelenke oder Körperteile sind betroffen?	

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?	

Bestehen außer den Gelenksbeschwerden auch noch Beschwerden der Augen, des Herzens oder der Haut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Welche? _____	
Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?	

Seit wann treten die Gelenksbeschwerden, das Rheuma auf?	

Behandlung der Erkrankung	
Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ	
<input type="checkbox"/> andere Behandlung	
Falls ja: Welche? _____	
Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie bzgl. Ihrer Erkrankung beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Seit wann? _____	
Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	
Falls ja: Wann zuletzt? _____	
Wie lange hat Ihre Erkrankung angedauert? _____	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> akute Erkrankung <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung	
Erfolgte Mitbehandlung durch einen Orthopäden oder Rheumatologen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?	

Welche Folgen oder Beschwerden bestehen noch?	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschmerzen <input type="checkbox"/> keine	
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	

PESVA01691

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung – Rheuma

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
Besteht durch die Erkrankung eine Einschränkung bei der Ausübung des Berufs? Falls ja: Welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht oder bestand Arbeitsunfähigkeit? Falls ja: Wann? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist oder war ein Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? Falls ja: <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> durchgeführt Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

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
