

- 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 Schwangerschaften

Details zu Schwangerschaften	
<b>Haben Sie bereits leibliche Kinder?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Gab es bei Ihnen wegen früherer Schwangerschaften Komplikationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche Komplikationen sind aufgetreten?	_____
Wann war die letzte Entbindung?	____/____/____ MM/JJJJ
<b>Sind Sie zurzeit schwanger?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Um die wievielte Schwangerschaft handelt es sich?	_____
Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?	____/____/____ TT/MM/JJJJ
<b>Bestehen zurzeit gesundheitliche Einschränkungen</b> (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Nierenleiden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche? Sind diese aufgrund einer Schwangerschaft aufgetreten?	_____

Medikamenteneinnahme	
<b>Nehmen oder nahmen Sie Medikamente während oder wegen der Schwangerschaft ein?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:	eingegenommen
Welche?	täglich gelegentlich seit bis
_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____/____/____/____
_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____/____/____/____
_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____/____/____/____
_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____/____/____/____

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
<b>Besteht oder bestand wegen der Schwangerschaft Arbeitsunfähigkeit?</b>	<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 angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)	_____
Bitte legen Sie eine Kopie des Mutterpasses bei.	
<b>Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Schwangerschaft angeraten?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.	_____

behandelnde Ärzte	
<b>Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt?</b> Bitte Namen und Anschrift angeben.	
_____	
_____	
_____	
<b>Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung	Wann? Warum?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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

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

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

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Schwangerschaften**

<b>zusätzliche Bemerkungen</b>

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

\_\_\_\_\_