

- 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 Krampfadern

Beschreibung der Beschwerden	
In welchen Bereichen treten oder traten die Beschwerden auf?	
<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Oberschenkel
<input type="checkbox"/> Speiseröhre	<input type="checkbox"/> sonstiger Bereich: _____
Ausprägung:	
<input type="checkbox"/> Schwergradig (Entzündungen, Geschwüre, Krankmeldungen)	
<input type="checkbox"/> Mittelgradig (Schwellung der Beine, Ödeme, Schweregefühl, Kompressionsstrümpfe erforderlich)	
<input type="checkbox"/> Leichtgradig (keine Schwellung, keine Beschwerden, keine Kompressionsstrümpfe)	

Behandlung der Beschwerden	
Welche Behandlung (z.B. Kompressionsstrümpfe, Blutverdünnung, Operation in den letzten 10 Jahren) wurde durchgeführt oder wird empfohlen?	

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in ärztlicher Behandlung oder 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	
Bei welchem Arzt bzw. in welchem Krankenhaus erfolgte die Behandlung? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung bzw. Fachabteilung angeben)	

Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Durchblutungsstörung, Thrombose oder Thromboseneigung, Infarkt oder Lungenembolie festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche und wann? _____ / ____ MM/JJJJ	
Nehmen oder nahmen Sie Medikamente (Tabletten oder Spritzen) ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:	
Welche?	Medikament
	Dosis
	täglich
	gelegentlich
	seit
	bis
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
Wieviel Stunden am Tag stehen Sie in der Arbeit?	_____ Stunden täglich

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 _____

PESVA01694