

- 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 Hypertonie (Bluthochdruck)

#### Beschreibung der Beschwerden

Wann ist Bluthochdruck bei Ihnen festgestellt worden? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

Welche Werte wurden damals gemessen? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (syst./diast.)

Welche Blutdruckwerte wurden aktuell bei Ihnen gemessen? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (syst./diast.)

Datum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ (syst./diast.)

Datum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ (syst./diast.)

#### Bestehen oder bestanden bei Ihnen weitere Gesundheitsstörungen?

- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)       Diabetes (Zucker)  
 Herz- / Kreislaufkrankungen               EKG-Veränderungen  
 Nierenerkrankung                               Arteriosklerose / Gefäßerkrankungen  
 Durchblutungsstörungen (z. B. Herz, Gehirn, Auge, Niere, Bein oder Fuß): \_\_\_\_\_  
 Leberschädigung       andere: \_\_\_\_\_       keine weiteren

#### Behandlung der Beschwerden

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein?  ja       nein

Falls ja:

Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____

Wurde ein Elektrokardiogramm (EKG), Belastungs-EKG (Ergometrie), 24-Stunden- bzw. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiografie (Herz-Ultraschall), Röntgenuntersuchung, Katheteruntersuchung oder Operation bei Ihnen durchgeführt?  ja       nein

Falls ja, welche? (Reichen Sie uns bitte Kopien der Arztberichte ein.)

Erfolgten in den letzten 10 Jahren Kur- oder Krankenhausaufenthalte oder sind welche geplant?  ja       nein

Falls ja, geben Sie bitte den Grund und die Daten an:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

#### Nikotinkonsum

Rauchen Sie (E-)Zigaretten, (E-)Zigarren, (E-)Zigarillos, (E-)Pfeifen, Wasserpfeifen oder Shisha?  ja       nein

Falls nein:

Seit wann sind Sie Nichtraucher? seit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ  immer schon

#### behandelnde Ärzte

Welche Ärzte wurden in Anspruch genommen?

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PESVA01702