

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

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

Ergänzung von: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Venenerkrankungen

1. Seit wann besteht bei Ihnen eine Venenerkrankung der Beine bzw. Krampfadern?		
2. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Venenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Krampfadern / Varizen <input type="checkbox"/> Venenentzündung / Phlebitis <input type="checkbox"/> Sonstige – welche?	<input type="checkbox"/> Postthrombotisches Syndrom
3. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Lokalisation und zur Ausprägung der Krampfadern:	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> geringgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> geringgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig
4. Sind als Komplikation Venenentzündungen, Krampfaderngeschwüre (offenes Bein), Thrombosen, Embolien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?  wann? _____ wie häufig? _____	



**ALTE LEIPZIGER**  
**Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit**

<p>5. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Art der Behandlung (Stützstrümpfe, Medikamente - welche?, sonstige Maßnahmen – welche?):</p>	
<p>6. Ist eine Operation durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann und wo?</p>
<p>7. Wird zur Zeit eine Behandlung durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Durch welchen Arzt/Therapeuten (Name und Anschrift)</p>
<p>8. Wann wurde zuletzt wegen der Erkrankung eine ärztliche Behandlung / Beratung in Anspruch genommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Datum mit Name und Anschrift des behandelnden Arztes</p>
<p>9. Waren Krankenhaus-aufenthalte notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann und wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses)</p>
<p>10. Wurden Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann und wo? (Name und Anschrift)</p>
<p>11. Hat Ihre Venenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein, keine Folgen/Beschwerden seit:</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, Folgen/Beschwerden (bitte genaue Angaben):</p>
<p>12. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Verbindung mit Ihrer Venenerkrankung arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:</p>

13. Wurde Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung / Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:
--	--

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings **meine Einwilligung** erforderlich:

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich **die hier von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar). Ich wiederhole sämtliche Erklärungen, die ich im Zusammenhang mit dem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,  
auch die des gesetzlichen Vertreters

--	--