

Gesundheitsfragen - Unfallversicherung

Polizze Nummer _____

Titel und Vorname _____

Zuname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

<p>1. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? Amputation von Gliedmaßen, Finger oder Zehen in Folge einer Krankheit, Krebserkrankung (im Gehirn, Zentralen Nervensystem oder Knochenmark), Erkrankung des Herzens, Schlaganfall, Erkrankung der Knochen, des Knochen- oder Rückenmarks, Querschnittlähmung, Erkrankung der Nerven oder des Gehirns, Psychische Störung, Bewusstseinsstörung, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Ohnmachts- oder Schwindelanfälligkeit, Blindheit, Taubheit, Kurz- oder Weitsichtigkeit über 12 Dioptrien</p> <p>Wenn ja, welche Krankheit?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>2. Besteht bereits eine Unfallversicherung oder wurde eine gleichzeitig beantragt?</p> <p>Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?</p> <p>Versicherungssumme für Unfallinvalidität?</p> <p>Versicherungssumme für Unfalltod?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>3. Wurde eine Unfallversicherung von einer anderen Gesellschaft gekündigt, abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen? Wenn ja, von welcher Gesellschaft?</p> <p>Mit welcher Begründung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>4. Besteht ein besonderes Risiko im Beruf (z.B. Artist/in, Bereiter/in, Berufssportler/in, Berufstaucher/in, Bodyguard, Bombenentschärfer/in, Dompteur/in, Mineur/in, Pyrotechniker/in, Rennfahrer/in, Sprengmeister/in, Testfahrer/in, Testpilot/in ...), ein Risiko eines Auslandsaufenthalts in einer Krisenregion (z.B. Syrien...)?</p> <p>Wenn ja, welches Risiko?</p> <p>Wenn ja, wollen Sie diese Risiken in den Versicherungsschutz aufnehmen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten _____

ePIC-37420134