Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.
Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

Erklärung zu Stoffwechselerkrankungen (SST: A06)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person — Datum der Antragstellung

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort) — Antrags-Nr.

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich.
Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“, die im Antrag enthalten ist.
Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht.

1. Welche Normabweichungen wurden diagnostiziert?

   Bitte Werte angeben!

   Datum der Untersuchung: …….

   ☐ Gesamt-Cholesterin: ……..
   ☐ Triglyceride: ……..
   ☐ HDL-Cholesterin: …….
   ☐ LDL-Cholesterin: ……..
   ☐ Harnsäure: …….

   Falls vorhanden, fügen Sie uns bitte die Laborergebnisse in Kopie bei!

2. Wann wurden diese Abweichungen erstmals diagnostiziert?

   Monat/Jahr: ……

3. Mit welchen Medikamenten und in welcher Dosierung wurden bzw. werden Sie behandelt?

   ☐ Keine
   ☐ Medikamente, Präparatename(n): ....……...……
   Dosierung: …….....……..
   seit / von:.....…bis: ...…….....
   Erfolgt/erfolgte die Einnahme: ☐ regelmäßig ☐ bei Bedarf

4. Müssen Sie eine Diät einhalten? nein ☐ ja ☐ Wenn ja, welche? ……..

5. Kommen bzw. kamen solche Abweichungen auch bei Angehörigen Ihrer Familie vor? nein ☐ ja ☐ Wenn ja, bei wem? ……..

6. Welche der nachstehenden Erkrankungen oder Störungen wurde außerdem diagnostiziert?

   ☐ Herzerkrankungen ☐ Kreislauferkrankungen
   ☐ Bluthochdruck ☐ Übergewicht
   ☐ Gichtanfälle
   ☐ Sonstige, welche?.....…….....

7. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer Erkrankung(en) in Behandlung?

   ☐ Hausarzt ☐ Sonstige:……
   Name/Anschrift des Arztes: …….....
   ……..

8. Weitere Angaben? nein ☐ ja ☐ ☐ Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Seiten: ……

☐ Zusätzliche Angaben werden nachgereicht.

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person