

Erklärung zu Augenerkrankungen

Antragsdatum	Versicherungsnummer
Name/Vorname	Geb.-Datum
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort

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.

Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen!

1. Welche ärztlich festgestellten Diagnosen bestehen oder bestanden? _____

2. Welche Art der Beschwerden bestehen oder bestanden? _____

3. Tragen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille/Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig/angeraten? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl (links/rechts) an. Links: _____ Rechts: _____

4. In welchem Zeitraum wurden Sie behandelt? von _____ bis _____

4a. Waren Sie arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum an. von _____ bis _____

5. Geben Sie bitte alle ambulanten Behandlungen an! _____

6. Finden oder fanden stationäre Behandlungen statt? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Zeitraum an. von _____ bis _____

6a. Finden oder fanden Operationen statt? Ja Nein

Bitte fügen Sie die jeweiligen Abschlussberichte bei!

7. Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragsstellers/-in

