

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Erkrankungen der Wirbelsäule

Ergänzung von: _____

| | |
|--|--|
| 1. Besteht oder bestand ein Wirbelsäulen- oder Bandscheibenleiden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Sind Ischias, Rückenschmerzen, Muskelverspannungen usw. aufgetreten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Beschwerden? |
| 3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt? In welchen Abständen? | |
| 4. Sind oder waren Sie deshalb in ärztlicher Behandlung? Wie bezeichnete der Arzt das Leiden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, von _____ bis _____ Name und Anschrift des Arztes: |



| | |
|--|---|
| <p>5. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p> | |
| <p>6. Wie wurde behandelt (z.B. Medikamente, Massagen, Krankengymnastik, etc.)?</p> | |
| <p>7. Wie häufig und in welchen Abständen fanden diese Behandlungen statt?</p> | |
| <p>8. Welche Behandlungen sind zurzeit erforderlich oder in Zukunft geplant?</p> | |
| <p>9. Besteht eine Wirbelsäulenverkrümmung?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, seit wann?</p> |
| <p>10. Bei welchen Tätigkeiten / Belastungen treten Beschwerden / Beeinträchtigungen auf?</p> | |
| <p>11. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, von _____ bis _____</p> |
| <p>12. Wurde eine Kur durchgeführt?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Wo? Behandelnder Kurarzt? (Name und Anschrift):</p> |
| <p>13. Wurde eine Röntgen- oder Kernspintomographieuntersuchung der Wirbelsäule vorgenommen?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Von wem? (Name und Anschrift):</p> |

| | |
|--|---|
| 14. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, kurze Tätigkeitsbeschreibung: |
| 15. Wie viel Stunden pro Tag sitzen Sie durchschnittlich? | |
| 16. Benutzen Sie einen Computer? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie viel Stunden pro Tag durchschnittlich? |
| 17. Wie groß (ca. Angabe in Prozent) ist der beruflich bedingte Reiseanteil (PKW, Bahn, Flugzeug) bei Ihrer Tätigkeit? | _____ % |
| 18. Besteht eine Beinverkürzung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Wie viel cm? _____ |

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags 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 vor Vertragsschluss 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 meinem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

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

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|