

Beiblatt zur Versendung an das Versicherungsunternehmen _____

Name der zu versichernden Person _____

Beiblatt zur Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen aus dem Antragsformular

Nr. der zu versichernden Person	Angaben zu Frage Nr.	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/ Untersuchung / Behandlung / Art der Beschwerden/ Art des Körperimplantats/ Fremdkörper/ bei Medikamenteneinnahme, Welche, Menge und Dauer	Operation		Behandlungsdurchführung		Behandlungszeitraum		Anzahl der Tage für die eine Arbeitsunfähigkeit bestand	vollständig ausgeheilt			Name Anschrift des Arztes/ Heilbehandlers bzw. des Krankenhauses oder Sanatoriums
			Ja	Nein	ambulant	stationär	von (MM/JJ)	bis (MM/JJ)		nein	ja	wenn ja, seit wann?	

Anzahl der Beiblätter

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragssteller