

Beiblatt zum Antrag

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand und VP-Anschrift



AN211377

Angaben zum Antrag

Antrag vom (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsnummer

Für AO/MA/SAD

1
VD-AGT-Nr.

Für Makler/Sonstige

0
GKR-AGT-Nr.

Antragsteller/Versicherungsnehmer (Titel, Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Therapien, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (TT.MM.JJJJ)	Behandlungsfrei?		Beschwerdefrei?		Operationen?		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				nein	ja, seit (TT.MM.JJJJ)	nein	ja, seit (TT.MM.JJJJ)	nein	ja	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Abweichende Anschrift der zu versichernden Person (VP) ist immer anzugeben

Person

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Unterschriften

Ort, Datum (immer angeben)

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Zu versichernde Personen ab 16 Jahren (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittlerdaten

Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel

Vermittler