

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Vorsorgeuntersuchungen (1.15)

1. Welche weiteren diagnostischen Maßnahmen, Kontrollen oder Therapien wurden als Ergebnis von Vorsorgeuntersuchungen **in den letzten 3 Jahren** angeraten?

2. Welcher Arzt wurde deswegen in Anspruch genommen?

Name und Anschrift des Arztes:

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).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x

Stand 04.2020