

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

**Versicherungs-Nr.:**

---

Zu versichernde Person:

---

Geburtsdatum:

---

## Fragebogen zu Dysplasie

Ergänzungen von:

---

1. Welche Behinderung / Dysplasie besteht?

---

---

---

2. Seit wann besteht sie?

---

3. Welche Körperteile sind betroffen?

---

---

---

4. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert? (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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

