

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:**

\_\_\_\_\_

Zu versichernde Person:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Vergiftungen

1. Um was für eine Vergiftung (welche Substanz) handelt es sich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden traten auf?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Von welchem Arzt wurden Sie behandelt? Name und Anschrift:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Wie wurden Sie behandelt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?

nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

6. Sind die Verletzungen folgenlos abgeheilt?

nein  ja

Falls nein, welche Folgen bestehen noch?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)

x