

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Zusatzfragebogen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung von Kindern unter 15 Jahren

1. Erfolgte die Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in der _____. Schwangerschaftswoche
2. Waren Operationen oder mehr als 3 Monate anhaltende ärztliche, psychologische, krankengymnastische oder ergotherapeutische Behandlungen in den ersten 10 Lebensjahren erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? Wann?
3. Besteht eine Sprachstörung oder war in der Vergangenheit eine logopädische Behandlung nötig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? Wann?

<p>4. War eine besondere Förderung wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Von wann bis wann?</p>
<p>5. Welche Schulformen wurden bis jetzt besucht?</p> <p>Von wann bis wann jeweils?</p>	
<p>Wenn eine der Fragen 1 bis 4 mit ja beantwortet wurde, bitten wir ergänzend zu diesen Angaben die Dokumentationen der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche beizulegen.</p>	
<p>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).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der gesetzlichen Vertreter</p>