

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Gesundheitserklärung A1 (kurz)

1. Sind Sie seit Ihrer letzten der ALTE LEIPZIGER bekannten Gesundheitserklärung krank gewesen oder verletzt worden?	☐ nein ☐ ja Falls ja, Art der Krankheit oder Verletzung: Welche Ärzte behandelten Sie deshalb (bitte genaue Anschrift)? Wann?
2. Ist sonst seit dem unter Frage 1 angegebenen Zeitpunkt eine Veränderung in Ihrem Gesundheitszustand eingetreten?	☐ nein ☐ ja Falls ja, welche?
3. Haben Sie inzwischen einen Arzt, eine Klinik, ein Sanatorium oder einen Kurort aufgesucht?	☐ nein ☐ ja Falls ja, nennen Sie bitte Name und Anschrift des in Anspruch genommenen Arztes / der Klinik / der Einrichtung

Stand 04.2013

4. Haben Sie seit Ihrer letzten Antragstellung bei der ALTE LEIPZIGER Anträge auf Versicherung Ihres Lebens bei anderen Gesellschaften oder deren Vertretern gestellt?	☐ nein ☐ ja Falls ja, bei welchen Gesellschaften? Wie wurde über diese Anträge entschieden?
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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter