Dehua Chen
Spezialist Private Krankenversicherung
Lübecker Str. 126
22087 Hamburg
Tel: 0176 1015 7817
Dehua.Chen@tecis.de
www.chencoaching.de

Zusatzerklärung Beinlängendifferenz

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben,** auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.
In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)" in eigenen Worten anzugeben.**

Ursache

Was ist die Ursache der Beinlängendifferenz?

☐ Störungen des Längenwachstums des Oberschenkelknochens
☐ Angeborene Hüftdysplasie ☐ Hüftkopfnekrose

Wie groß ist der Längenunterschied der Beine _____ cm

Welche weiteren Diagnosen wurden gestellt?

☐ Beckenschiefstand ☐ Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) ☐ Gelenksanomalien welche, an welchen Gelenken?

_____

In welchem Alter wurde die Beinlängendifferenz erstmals erkannt? _____

Behandlung

Wie wurde Sie seither therapiert?

☐ gar nicht ☐ Ausgleich durch Schuheinlagen ☐ Sonstiges _____

Die Symptome haben sich ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ sind gleich geblieben

Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit?

_____

_____

Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

_____

_____

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit (Name und Anschrift)?

_____

Welche Operationen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?

_____

Wann? _____ (Monat/Jahr) ☐ ambulant ☐ stationär

Ergebnis _____

Welche Operationen sind geplant?

Wann _____ (Monat/Jahr) ☐ ambulant ☐ stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____

_____

Zusatzerklärung Beinlängendifferenz

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 2 von 2

Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ nein ☐ ja, seit _____ (Monat/Jahr)

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja, warum? _____

wie lange? _____ Wochen wie oft ___ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?	☐ nein	☐ ja
Planen Sie einen solchen Wechsel?	☐ nein	☐ ja
Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?	☐ nein	☐ ja

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !

Bitte immer beantworten:
Folgen noch weitere Angaben?

☐ ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

☐ ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Ver-sicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht kön-nen Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.