

Zusätzliche Erklärung: Sonstige Krankheiten



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München
oder faxen an 089 4124-9525.

Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Wie wird/wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?

Welche Beschwerden/Symptome liegen bzw. lagen vor?

Nur bei Erwerbstätigen:

Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor?

☐ ja ☐ nein

• Wenn ja, weshalb?

• Wie lange?

• Wann?

Wann trat/traten die Erkrankung/Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Operation, Laboruntersuchung; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

Bestehen noch Beschwerden/Folgen?

☐ ja ☐ nein

• Wenn ja, welche?

Ist die Erkrankung ausgeheilt?

☐ ja ☐ nein

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant (z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen)?

Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Erklärung

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____