

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Diabetes Mellitus

1. Welcher Diabetes-Typ wurde diagnostiziert?

- Diabetes Mellitus Typ 1
 Diabetes Mellitus Typ 2

2. Wann wurde bei Ihnen erstmals Diabetes diagnostiziert?

3. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle?

- Nein
 Ja, wann zuletzt? _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

4. Welche Untersuchungsergebnisse wurden zuletzt ärztlich festgestellt?

- Blutuntersuchung

Blutzucker (nüchtern)

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

HbA1c

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

Blutfette

Wann? Cholesterin: _____

_____ HDL: _____

Triglyceride: _____

Harnuntersuchung

Wann? _____

Ergebnis? (eine oder mehr Messmethoden möglich)

Harnteststreifen: Negativ bis Spur
 +
 ++ oder mehr

Stichprobe: _____ mg/dl

ACR: _____ mg/g

PCR: _____ mg/g

AER: _____

PER: _____ mg/Tag

Blutdruckmessung

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg

Wann? _____ Ergebnis: ____ / ____ mm Hg
unter Medikamenteneinnahme? ja nein

5. Kontrollieren Sie Ihren Diabetes selbst?

- Nein
 Ja, Blutzuckerkontrolle

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

Wann? _____ Ergebnis: _____

- Ja, Harnzuckerkontrolle

Wann? _____

Ergebnis? _____

Harnteststreifen: Negativ bis Spur
 +
 ++ oder mehr

6. Rauchen Sie?

- Nein, noch nie
 Nein, nicht mehr seit: _____
 Ja

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Diabetes Mellitus

7. Bestehen oder bestanden im Zusammenhang mit dem Diabetes weitere Erkrankungen oder Beschwerden?

- Nein Ja,
 am Herzen (z. B. Engegefühl in der Brust)
Welche? _____

- an den Nieren** (z. B. Niereninsuffizienz)
Welche? _____

- an den Augen** (z. B. Veränderungen des Augenhintergrunds): Welche? _____

- an der Haut** (z. B. Juckreiz, Infektion, Geschwürbildung): Welche? _____

- Blutfetterhöhung**
 Durchblutungsstörung der Füße oder Beine
 Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

8. Wie wird der Diabetes behandelt?

- Keine Behandlung**
 Tabletten; welche?

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

- Insulin; welches?**

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

- Diät; bitte nähere Angaben**

- Krankenhaus- oder Kuraufenthalt**

- erfolgt geplant

von _____ bis _____

Bitte fügen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei

- Andere**

9. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

Ort/Datum _____, den _____

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)