

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
 61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Laserbehandlungen

1. An welcher Körperstelle wurde eine Laserbehandlung durchgeführt?

2. Wie oft insgesamt und wegen welcher Erkrankung?

3. Wann war die letzte Behandlung?

am : |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

4. Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift des behandelnden Arztes.

Name und Anschrift des Arztes:

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 Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

Stand 05.2018

x