

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Schilddrüse

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Erkrankung wurde festgestellt?

- ☐ Kropf/Struma (Schilddrüsenvergrößerung)
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- ☐ Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-Erkrankung, Thyreoiditis)
- ☐ Krebs
- ☐ Kalter Knoten
- ☐ Heißer Knoten
- ☐ andere _____

2. Haben Sie Beschwerden, welche auf die Schilddrüsenstörung zurückgeführt werden?

(z. B. Nervosität, Pulsbeschleunigung, Atemnot, Schluckbeschwerden, Schweißausbrüche, Geiztheit, Müdigkeit, Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, Gewichtsschwankungen, Schmerzen, Heiserkeit, Kurzatmigkeit, Kälteempfindlichkeit, Myxödem, Herzinsuffizienz, trockenes Haar, trockene Haut)

- ☐ ja, welche _____
Zeitraum _____
- ☐ nein

3. Wurde eine Operation oder Strahlentherapie durchgeführt oder ist eine solche geplant oder angedacht? Ist noch eine Untersuchung ausstehend?

- ☐ ja, nähere Angaben _____
Zeitraum _____
- ☐ nein

4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- ☐ ja, welche _____
Zeitraum _____
- ☐ nein

5. Welchen Arzt nehmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?

(Name und vollständige Adresse)

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,
bitten wir um Überlassung/Einreichung für
eine kurze Einsichtnahme.**

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschüscher,
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00
BIC DEUT DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Schilddrüse

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich

(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter