



Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

**ACM Versicherungen
Schutz Leistungsservice
Postfach 17 11
77607 Offenburg**

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- Krankenhausberichte mit Angabe der Diagnose
- anderweitige fachärztliche Schreiben welche Angaben zum Krankheitsverlauf, der Diagnose und der Prognose enthalten
- sofern zutreffend:
 - Schreiben der Krankenkasse
 - ein entsprechender Nachweis zur Berufstätigkeit (z.B: eine Kopie des Rentenbescheids)

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

FRAGEBOGEN SCHWERE KRANKHEITEN

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktname: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

1. Welche schwere Krankheit liegt vor?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Parkinson-Krankheit | <input type="checkbox"/> Chronisches Nierenversagen | <input type="checkbox"/> zentrales Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Lungenschwäche |
| <input type="checkbox"/> vollständiger und dauerhafter Verlust des Sehvermögens beider Augen | | |
| <input type="checkbox"/> vollständiger und dauerhafter Verlust des Hörvermögens beider Ohren | | |
| <input type="checkbox"/> Leberversagen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

2. Datum der Erstdiagnose: ____ . ____ .20 ____ Bitte taggenaues Datum angeben

3. Datum der ersten Symptome: ____ . ____ .20 ____

4. Haben Sie zum Zeitpunkt der Erstdiagnose altersbedingt, wegen einer eingetretenen Erwerbsunfähigkeit oder aus anderen Gründen auf Dauer keine Berufstätigkeit ausgeübt?

- Ja Bitte reichen Sie uns einen entsprechenden Nachweis ein (zum Beispiel eine Kopie des Rentenbescheids)
- Nein welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? _____
- Berufsstatus: selbstständig/freiberuflich angestellt z.Zt arbeitslos

5. Angabe zu Ansprechpartnern und/oder bevollmächtigten Personen:

Bitte entsprechende Nachweise über die Bevollmächtigung oder Vollmacht beifügen

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen bzw. ich bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzahlen muss.

(Ort, Datum)

Unterschrift der versicherten oder
bevollmächtigten Person