
 *** FAX SENDEBERICHT ***

SENDUNG OK

JOB NR 1174
 EMPFÄNGERADRESSE 09115313523
 PSWT/SUBADRESSE
 EMPFÄNGERNAME
 STARTZEIT 11/08 11:43
 ÜBERTRAGUNGSZEIT 00' 42
 SEITEN 3
 ERGEBNIS OK

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Lebensversicherung AG

Zusätzliche Erklärung Augenkrankheiten/Sehstörungen

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 121053 134 012

Antrag vom

21.07.2008

versicherte Person (Vorname, Name)

Erwin Heute

Geburtsdatum

12.10.1953

1. Unter welcher Sehstörung
 leiden oder litten Sie? (Wann?
 Seit wann? Wie lange?)

Bezeichnung

Kurzsichtigkeit

Zeitraum

von Geburt an

2. Unter welcher Augen-
 krankheit leiden oder litten
 Sie? (Wann? Seit wann? Wie
 lange?)

Bezeichnung

/

Zeitraum

/

Ist die Erkrankung/Sehstörung

☒ angeboren
☐ Folge einer Erkrankung

☐ unfallbedingt
 Bezeichnung

Bestand

3. Besteht die
 Augenkrankung/Sehstörung

☐ rechts ☐ links

☒ beidseitig

Bestand

4. Besteht eine Herabsetzung
 des Sehvermögens?

☐ nein ☒ ja

etwa jeweils ca. -4 diop
 Sehinderung rechts Sehinderung links
 % %

5. Welche Diagnose nannte der
 Arzt?

Bezeichnung

/

6. Name und Anschrift des be-
 handelnden Arztes?

behandelnder Arzt

Augen-Laser-Klinke Lohr GmbH
 Dr. Armbrust Partensteiner Str. 6, 97816 Lohr

☐ Krankenhausaufenthalte
☒ Kuraufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

/

7. Welche Untersuchung(en)
 wurde/n bei Ihnen durchge-
 führt? Wann und mit welchem
 Ergebnis?

☒ Untersuchung der Sehschärfe (Visus) ohne Korrektur
 rechts links

ca. 07/2003

Datum

Ergebnis





Zusätzliche Erklärung Augenkrankheiten/Sehstörungen

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 121053 134 012

Antrag vom

21.07.2008

versicherte Person (Vorname, Name)

Erwin Heute

Geburtsdatum

12.10.1953

1. Unter welcher Sehstörung leiden oder litten Sie? (Wann? Seit wann? Wie lange?)

Bezeichnung

Kürzsichtigkeit

Zeitraum

von Geburt an

2. Unter welcher Augenkrankheit leiden oder litten Sie? (Wann? Seit wann? Wie lange?)

Bezeichnung

/

Zeitraum

/

Ist die Erkrankung/Sehstörung

(X) angeboren
() Folge einer Erkrankung

() unfallbedingt
Bezeichnung

Bestand

3. Besteht die Augenerkrankung/Sehstörung Bestand

() rechts

() links

(X) beidseitig

4. Besteht eine Herabsetzung des Sehvermögens?

() nein (X) ja

etwa jeweils ca-4 dioptr.
Sehminderung rechts Sehminderung links

/ %

/ %

5. Welche Diagnose nannte der Arzt?

Bezeichnung

6. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

Augen-Laser-Klinke Lohr GmbH
Dr. Armbrust Partensteinstr. 6, 97816 Lohr

() Krankenhausaufenthalte
() Kurtaufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

7. Welche Untersuchung(en) wurde/n bei Ihnen durchgeführt? Wann und mit welchem Ergebnis?

(X) Untersuchung der Sehschärfe (Visus) ohne Korrektur
rechts links

ca. 07/2003

Datum

Ergebnis

() Untersuchung der Sehschärfe (Visus) mit Korrektur
rechts links

Datum

Ergebnis

(X) Messung des Augeninnendrucks

Datum

Ergebnis

ca. 07/2003



() Untersuchung des Gesichtsfelds

Datum

Ergebnis

() Untersuchung des Augenhintergrunds

Datum

Ergebnis

() Blutdruckmessung

Datum

Ergebnis

syst./ diast.

() Blutzuckerkontrolle (aktueller Laborwert)

Datum

Ergebnis

Bezeichnung

()

Datum

Ergebnis

8. Welche Behandlungen werden/wurden bei Ihnen durchgeführt?

() keine Behandlung

() Korrekturgläser
(Brille/Kontaktlinsen)

dpt rechts

dpt links

() Augentropfen/
weitere Medikamente

Bezeichnung

() andere Operationen

Datum

Art der Operation

(X) Hornhaut-Laserbehandlung/
Lasik-OP
(X) rechts (X) links

Datum

ca. 07/2003

() Netzhaut Laserbehandlung
() rechts () links

Datum

() sonstige, wann und welche?

Datum

Art der sonstigen Behandlung

9. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

() nein (X) ja
Einschränkungen

10. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Sehvermögen?

(X) nein () ja, welche
Beschreibung




11. Sind weitere Erkrankungen bekannt?

Hypertonie, Bluthochdruck (X) nein () ja, seit Datum

Diabetes mellitus (X) nein () ja, seit Datum

chron. entzündliche Darmerkrankungen (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) (X) nein () ja, seit Datum

rheumatische Erkrankungen (z. B. Morbus Reiter, Morbus Bechterew, chron. Polyarthritis) (X) nein () ja, seit Datum

Autoimmunerkrankung (X) nein () ja, seit Datum

Infektionen (z. B. Herpes) (X) nein () ja, seit Datum

Multiple Sklerose (X) nein () ja, seit Datum

() nein () ja, seit Datum

12. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung

Wann und wegen welcher Erkrankung?

Bezeichnung

Zeitraum

Welche Medikamente werden/wurden Ihnen hier verordnet?

Name der Medikamente

13. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufs unfähig und wegen welcher Erkrankung?

(X) nein () ja, wann

Zeitraum

Art der Erkrankung

14. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

(X) nein () ja, wie viel Prozent % MdE und aus welchem Grund?

Grund MdE

15. Streben Sie aus med. Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?

(X) nein () ja, wann

Zeitraum

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Offenbach, 05-08-2008

Ort, Datum

Erni Krich

Unterschrift der versicherten Person



NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg

DV 08 0,55 Deutsche Post 

*00157948*459*0000389*0108* L *

Firma
Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Karlstr. 99
89073 Ulm



Unser Kundenservice in Nürnberg

Tel. (09 11) 5 31-65 01

Fax (09 11) 5 31-35 23

Nürnberg, 31.07.2008

Risiko-Lebensversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Bitte immer angeben

L 121053 134 012

Antrag-Nr.: 08555326

Ihr Zeichen:

Versicherungsnehmer

Erwin Heute,
Ludwigstr. 66, 63067 Offenbach am Main
Erwin Heute, geb. 12.10.1953

Versicherte Person

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte ergänzen Sie zum oben genannten Antrag noch folgende Angaben oder klären Sie folgendes:

Wir benötigen noch beigefügte Erklärung/en.

Wir haben einen Arztbericht bei Dr. Kochanowsky angefordert.

Lassen Sie uns die Unterlagen bitte schriftlich zukommen. Der Versicherungsnehmer muss sie gegen-gezeichnet haben. Vielen Dank.

Wenn sich noch Fragen ergeben: Bitte rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Anlage



ppa Ulm

ik

G6013V00 0000389 00000572 01 03 57946