

Checkliste

Unfallversicherung

Gesundheitsfragebogen Syncro24

Kunde/Interessent	
Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Aktueller Beruf	

Produktangaben			
Frage		ja	nein
1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen mindestens zweimal entweder stationär behandelt oder ambulant operiert worden? Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie machen.		
2	Werden Sie oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?		
3	Hatten Sie Erkrankungen, die in den letzten 10 Jahren eine Krankenhausbehandlung erforderlich machten oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben?		
4	Haben Sie eine Schwerbehinderung nach GdB?		
5	Haben Sie Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung oder eine Medikamenteneinnahme länger als 14 Tage erforderlich machen?		
6	Haben Sie eine Sehschwäche von 6 Dioptrien oder mehr?		
7	Bestehen besondere Gefahren durch die Ausübung von Beruf, Sport oder Hobby?		
	Bitte geben Sie an	Größe: cm	Gewicht: Kilo
Angaben zu Frage			

Ort, Datum

Unterschrift