

## Zusätzliche Erklärung über Muttermal

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Sind Muttermale entfernt worden?  ja  
 nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

2. Ist eine Muttermalentfernung  
angeraten?  ja  
 nein

3. In welchem Zeitraum sind Kontroll-  
untersuchungen angeraten?  keine  
 vierteljährlich  
 halbjährlich  
 jährlich  
 alle 2 Jahre oder seltener

4. War der Befund gutartig?  ja  
 nein

5. Sind alle Behandlungen abge-  
schlossen und besteht  
Beschwerdefreiheit?  ja  
 nein

6. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt  
weger dieser Erkrankung in  
Behandlung? (Name/Anschrift) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? (Datum) \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter