

Fragebogen zur Antragsvorprüfung

Versicherer: _____ **MG Denzer GmbH** Tel.: **07052-9247-0**
MG-Ansprechpartner: _____ **Otto-Haugstraße 18-20** Fax: **07052-9247-60**
Durchwahl: _____ **75378 Bad Liebenzell** email: **info@mg-denzer.de**

Angaben zur versicherten Person

Name: _____ Vorname: _____
Geboren: _____ Adresse: _____

Gewünschte Tarifkombination

Angaben zum Gesundheitszustand

1. Individuelle Daten

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Ambulanter Bereich

Welche ambulanten Beschwerden bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren?

Werden Arzneimittel eingenommen?

Nein. Ja. Diagnose und / oder Bezeichnung der

Arzneimittel: _____

3. Stationärer Bereich

Gab es in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte?

Nein. Ja.

Diagnose: _____

4. Zahnmedizinischer Bereich

Anzahl der fehlenden Zähne (ohne Lückenschluss/ Weisheitszähne): _____

Ist Zahnersatz geplant oder angeraten? Ja Nein

Angaben zur Annahme (wird von der MG Denzer GmbH ausgefüllt)

