



ARZTZEUGNIS FÜR KREBSERKRANKUNGEN UND DIABETES Typ 1

Bitte senden Sie diese Unfall-Anzeige innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt an ACE European Group Limited zurück.

Leistungsfall Nr. <small>(füllt ACE aus)</small>	Versicherungsschein-Nr.
Versicherungsnehmer	Versicherte Person
Vorname	Vorname
Name	Name
Straße, Nr.	Geboren am
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Telefon	PLZ, Ort
E-mail	Telefon

1 **Wie lautet die genaue Diagnose?**

1a **Handelt es sich um einen bösartigen Tumor?**

Nein Ja

Stadieneinteilungen und Klassifikationen gemäß der TNM Klassifikation nach UICC/AJCC oder der Klassifikation für Lymphomerkrankungen nach Ann Arbor

1b **Handelt es sich um einen Diabetes mellitus Typ 1?**

Nein Ja

2 **Wurde eine der folgenden ernsthaften Erkrankungen festgestellt, die zu der gemeldeten schweren Erkrankung geführt haben** Nein Ja

könnte (z.B. Erkrankung der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektion/AIDS, Diabetes und chronische Erkrankungen sowie jeglicher früherer prämaligener Zustand, Papillome der Blase, Polyposis coli, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hämaturie, Hämoptysis, Lymphadenopathie, Splenomegalie, Kachexie)

3 **Welche ernsthafte Erkrankung wurde festgestellt?**

4 **Wann wurde diese ernsthafte Erkrankung festgestellt?**

Datum:

5

Ihre Gebühr:

Bankinstitut

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber

6

Sind Sie mit der Herausgabe des Berichtes an die versicherte Person einverstanden?

Nein

Ja

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes