

Angaben zur Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person, \_\_\_\_\_

•

Datum	Was? (Beschwerden oder Diagnose)	Behandelnder Arzt	Behandlungsdauer

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

nur für das WPF bestimmt