SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
oder sofern angekreuzt
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Laboruntersuchung zum Antrag _____

Versicherte Person: Name, Vorname	Versicherte Person: Geburtsdatum

1 Blutuntersuchung		
1.1 Vollständiges Blutbild		
	Ergebnisse	**Normalwerte**
1.2 Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit		
1.3 Nüchternblutzucker		
1.4 Kreatinin		
1.5 Harnsäure		
1.6 Gesamtcholesterin		
1.7 HDL-Cholesterin		
1.8 Triglyceride		
1.9 Gamma-GT		
1.10 SGPT		
1.11 CHE oder Quick		
1.12 GOT		
1.13 _____		

2 Urinuntersuchung (entfällt für rauchende Personen und bei Grundfähigkeitsversicherungen)	
2.1 Cotinin-Test	

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Das Honorar in Höhe von _____ EUR ist auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN: _____ BIC: _____

Name des Geldinstituts: _____

_____ _____

Ort, Datum | Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin