

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG Unfall / Verletzung

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
------------------------	--------------

Beruf

Antrag Nr.

**Wir bitten um detaillierte Angaben!
Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.**

1. Wann war der Unfall / die Verletzung? (Monat/Jahr)

Was war die Ursache?

2. Welche Verletzungen erlitten Sie? (z.B. Knochenbrüche, Kopfschmerzen, Organverletzungen, Lähmungen, Bänderriss, Sehnenverletzungen,...)

Bitte nennen Sie uns möglichst die ärztliche Diagnose.

3. Erfolgte eine ärztliche Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wo und wann? (Monat/Jahr)

(Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben)

4. Wie wurden Sie behandelt? (z.B. Medikamente, Bäder, Gymnastik, Akupunktur,...)

Welche Maßnahmen/Behandlungen sind weiterhin vorgesehen/angeraten?

(Bei einer Medikamentenverordnung bitte Name und Dosierung angeben)

5. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt?

Untersuchung/Behandlung
mit Datum (Monat/Jahr)

Arzt-/Krankenhaus-
anschrift

Ergebnis der
Untersuchung/Behandlung

<p>6. Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann? (Monat/Jahr)</p> <p>Welcher Art war die Operation? (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)</p> <p>Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten? Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>7. Bestehen Folgen bzw. haben Sie weiterhin Beschwerden? (z.B. bei Belastungen,...) Wenn ja, welche?</p> <p>Wenn völlig ausgeheilt, seit wann? (Monat/Jahr)</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>8. Waren Sie länger als vier Wochen arbeits- oder berufsunfähig? Wenn ja, weswegen und in welchem Zeitraum? (Monat/Jahr)</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>9. Hatten Sie eine Kur bzw. Reha-Maßnahme? Wenn ja, welcher Grund lag dafür vor?</p> <p>Von wann bis wann wurde die Maßnahme durchgeführt? (Monat/Jahr)</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>10. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente? (z.B. von der Berufsgenossenschaft, Beamtenversorgung, Privatversicherung, Sozialversicherung,...) Wenn ja, bitte Rentenbescheid zur kurzfristigen Einsichtnahme beilegen.</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>11. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, dass der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter