

Fragebogen Verletzungen/Unfälle

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Verletzungen/Unfälle

Welche(s) **Gelenk(e)/Organ(e)** wurde(n) verletzt? _____

Welche Seite jeweils? _____

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Untersuchungen/Behandlungen

Sind noch **Nachbehandlungen, Operationen, Rehabilitationsmaßnahmen** oder **ähnliches** vorgesehen? nein ja

Wann und welche? _____

Erfolgte eine ambulante Behandlung? nein ja

Wann? _____

Erfolgte eine abschließende **Untersuchung**? nein ja

Wann und welche? _____

Sind Sie **schwerbehindert**? nein ja

Grad der MdE/GdB _____ %

(Bitte Schwerbehindertenbescheid und nicht Schwerbehindertenausweis beifügen)

Ist Ihnen in Verbindung mit Ihren Beschwerden ein **Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel** angeraten worden? nein ja
 Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt? nein ja

Bitte weitere Angaben hierzu _____

Beziehen/bezogen Sie deswegen eine **Teilrente** oder **Rente**? nein ja

Seit wann? _____

In welchem **Zeitraum**? _____

Arbeitsunfähig

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____ Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt) _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Behandelnde Ärzte

Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihren **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift _____

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

Zusätzliche Angaben

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

- alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben**
 zusätzliche Angaben sind beigefügt Anzahl Extrablätter _____

Schlusserklärung und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

 Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)