Dehua Chen
Spezialist Private Krankenversicherung
Lübecker Str. 126
22087 Hamburg
Tel: 0176 1015 7817
Dehua.Chen@tecis.de
www.chencoaching.de

Zusatzerklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erläuterungen

Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben,** auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.
In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.**

Art der Verletzung

Seit wann bzw. von wann bis wann besteht/bestand die erlittene Verletzung?

☐ Verletzung erlitten _____ (Monat/Jahr) ☐ noch nicht ausgeheilt

☐ ausgeheilt seit _____ (Monat/Jahr)

Wie hat der Arzt die Verletzung bezeichnet? _____

Wenn Sie nicht in ärztlicher Behandlung sind/waren: Welcher Art ist/war die Verletzung

☐ Muskel(faser)riss ☐ Zerrung ☐ Prellung ☐ Dehnung
☐ Sehnen(an)riss ☐ Verbrühung ☐ Verätzung ☐ Brandverletzung (Grad? _____)
☐ Hautabschürfungen ☐ Schnitt/Stichwunde ☐ Schussverletzung ☐ Fraktur

☐ Sonstige nicht genannte Verletzung _____

Wo besteht/bestand die Verletzung?
☐ am Kopf ☐ im Gesicht ☐ am Rumpf
☐ am Arm ☐ an der Hand ☐ rechts ☐ links
☐ am Bein ☐ am Fuß ☐ rechts ☐ links
☐ am Auge ☐ am Ohr ☐ rechts ☐ links

☐ an welchen inneren Organen? _____

☐ an welchem anderen nicht genannten Körperteil? _____

Machen Sie bitte detallierte Angaben zu Art und Umfang der Verletzung

_____

Die Verletzung war
☐ nicht behandlungsbedürftig ☐ gering- oder leichtgradig ☐ mittelgradig ☐ schwergradig

Was ist/war die Ursache der Verletzung? _____

Behandlung

Wie werden/wurden Sie behandelt?

☐ Medikamentöse Therapie (Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben) _____

_____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

☐ Operation ist erfolgt, wann? _____ (Monat/Jahr) ☐ ambulant ☐ stationär ☐ intensiv

Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung? _____

Waren mehrere Operationen erforderlich?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

wann? _____ (Monat/Jahr)

☐ Operation ist geplant, wann? _____ (Monat/Jahr) ☐ ambulant ☐ stationär

Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung? _____

Zusatzerklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____ Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____ Seite 2 von 3

☐ Krankengymnastik ☐ Massagen

☐ sonstige Behandlung? _____

wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) wo? _____

Sind Komplikationen aufgetreten?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen behandelt (Name und Anschrift)?

_____

_____

Welche Ärzte behandeln/kontrollieren Sie deswegen derzeit (Name und Anschrift)?

_____

_____

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden aufgrund der Verletzung?

☐ nein, folgenlos ausgeheílt, beschwerdefrei seit _____ (Monat/Jahr)

☐ ja, welche? _____

War aufgrund der Verletzung ein Krankenhaus-/Kur- oder Reha-Aufenthalt erforderlich?

☐ nein ☐ ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Name und Anschrift der Einrichtung(en) _____

Waren Sie wegen der Verletzung in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

☐ nein ☐ ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie aufgrund der Verletzung Ihren Beruf gewechselt, einen solchen Wechsel geplant oder wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?

☐ nein ☐ ja, neuer/angestrebter Beruf: _____

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

☐ nein ☐ ja, was ist der Grund dafür? _____

Zusatzerklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !

Bitte immer beantworten:
Folgen noch weitere Angaben?

☐ ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

☐ ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der zu versichernden Person

Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.