

Fragebogen UNFALLVERLETZUNGEN

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zur Erkrankung

1. Wie lautet die ärztliche Bezeichnung Ihrer Verletzung und wann erlitten Sie diese?

2. Welche Körperteile bzw. welche Organe waren betroffen?

3. Werden oder wurden Sie wegen dieser Verletzung innerhalb der letzten fünf Jahre ärztlich behandelt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Wie lange? _____

Bitte geben Sie uns Name/Anschrift des Behandlers/Krankenhauses an bzw. fügen Sie falls möglich den Krankenhausbericht bei.

4. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre eine oder ggf. mehrere Operationen erforderlich?

Keine

Einmalige Operation

Mehrere Operationen

Operationen geplant

Falls Operationen erforderlich: Wann war(en) diese bzw. wird/werden diese sein?

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Verletzung?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____

Ja

Falls ja: Welche? (Bitte genaue Angaben) _____

6. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

Nein

Ja, GdB/MdE/GdS: _____

Ja, beantragt am: _____

7. Beziehen oder bezogen Sie innerhalb der letzten fünf Jahre eine Unfallrente?

Nein

Ja, Leistungsträger: _____

8. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?
 Nein
 Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

9. Wurde Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre im Zusammenhang mit dieser Verletzung ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten bzw. haben Sie einen solchen vorgenommen?
 Nein
 Ja
Falls ja: Frühere(r) Beruf/Tätigkeit: _____
Jetzige(r) Beruf/Tätigkeit: _____

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/n Erkrankung(en) in Behandlung?
 Hausarzt
 Orthopäde
 Chirurg
 Sonstige:
Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

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

Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)