

Zusatzklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																												
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																												
Erläuterungen	<p>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!</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																												
Art der Verletzung	<p>Seit wann bzw. von wann bis wann besteht/bestand die erlittene Verletzung?</p> <p><input type="checkbox"/> Verletzung erlitten _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> noch nicht ausgeheilt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ausgeheilt seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Wie hat der Arzt die Verletzung bezeichnet? _____</p> <p>Wenn Sie nicht in ärztlicher Behandlung sind/waren: Welcher Art ist/war die Verletzung</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muskel(faser)riss</td> <td><input type="checkbox"/> Zerrung</td> <td><input type="checkbox"/> Prellung</td> <td><input type="checkbox"/> Dehnung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sehnen(an)riss</td> <td><input type="checkbox"/> Verbrühung</td> <td><input type="checkbox"/> Verätzung</td> <td><input type="checkbox"/> Brandverletzung (Grad? _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hautabschürfungen</td> <td><input type="checkbox"/> Schnitt/Stichwunde</td> <td><input type="checkbox"/> Schussverletzung</td> <td><input type="checkbox"/> Fraktur</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstige nicht genannte Verletzung _____</p> <p>Wo besteht/bestand die Verletzung?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> am Kopf</td> <td><input type="checkbox"/> im Gesicht</td> <td><input type="checkbox"/> am Rumpf</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> am Arm</td> <td><input type="checkbox"/> an der Hand</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> am Bein</td> <td><input type="checkbox"/> am Fuß</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> am Auge</td> <td><input type="checkbox"/> am Ohr</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> an welchen inneren Organen? _____</p> <p><input type="checkbox"/> an welchem anderen nicht genannten Körperteil? _____</p> <p>Machen Sie bitte detaillierte Angaben zu Art und Umfang der Verletzung</p> <p>_____</p> <p>Die Verletzung war</p> <p><input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftig <input type="checkbox"/> gering- oder leichtgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> schwergradig</p> <p>Was ist/war die Ursache der Verletzung? _____</p>	<input type="checkbox"/> Muskel(faser)riss	<input type="checkbox"/> Zerrung	<input type="checkbox"/> Prellung	<input type="checkbox"/> Dehnung	<input type="checkbox"/> Sehnen(an)riss	<input type="checkbox"/> Verbrühung	<input type="checkbox"/> Verätzung	<input type="checkbox"/> Brandverletzung (Grad? _____)	<input type="checkbox"/> Hautabschürfungen	<input type="checkbox"/> Schnitt/Stichwunde	<input type="checkbox"/> Schussverletzung	<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> am Kopf	<input type="checkbox"/> im Gesicht	<input type="checkbox"/> am Rumpf	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> am Arm	<input type="checkbox"/> an der Hand	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> am Bein	<input type="checkbox"/> am Fuß	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> am Auge	<input type="checkbox"/> am Ohr	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Muskel(faser)riss	<input type="checkbox"/> Zerrung	<input type="checkbox"/> Prellung	<input type="checkbox"/> Dehnung																										
<input type="checkbox"/> Sehnen(an)riss	<input type="checkbox"/> Verbrühung	<input type="checkbox"/> Verätzung	<input type="checkbox"/> Brandverletzung (Grad? _____)																										
<input type="checkbox"/> Hautabschürfungen	<input type="checkbox"/> Schnitt/Stichwunde	<input type="checkbox"/> Schussverletzung	<input type="checkbox"/> Fraktur																										
<input type="checkbox"/> am Kopf	<input type="checkbox"/> im Gesicht	<input type="checkbox"/> am Rumpf	<input type="checkbox"/> links																										
<input type="checkbox"/> am Arm	<input type="checkbox"/> an der Hand	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links																										
<input type="checkbox"/> am Bein	<input type="checkbox"/> am Fuß	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links																										
<input type="checkbox"/> am Auge	<input type="checkbox"/> am Ohr	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links																										
Behandlung	<p>Wie werden/wurden Sie behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie (Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben) _____</p> <p>_____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Operation ist erfolgt, wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> intensiv</p> <p>Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung? _____</p> <p>Waren mehrere Operationen erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____ wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Operation ist geplant, wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung? _____</p>																												

Zusatzerklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____		Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)	
Geburtsdatum: _____		Seite 2 von 3	
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung? _____ wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) wo? _____ Sind Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein, folgenlos ausgeheilt, beschwerdefrei seit _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ War aufgrund der Verletzung ein Krankenhaus-/Kur- oder Reha-Aufenthalt erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr) Haben Sie aufgrund der Verletzung Ihren Beruf gewechselt, einen solchen Wechsel geplant oder wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, neuer/angestrebter Beruf: _____ Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____ Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____		

Zusatzklärung Verletzungen

Zu versichernde Person: _____		Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)	
Geburtsdatum: _____		Seite 3 von 3	
	<p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p> <p>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</p> <p>Bitte immer beantworten: Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>		
Unterschrift	<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>		
Belehrung	<p>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.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>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.</p>		