

Zusatzklärung Unfall

Lebensversicherung

Krankenversicherung

Antragsdatum

Antrag-Nr.

Versicherte Person

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Detaillierte Angaben ersparen meistens Rückfragen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein Formschreiben. Deshalb kann es sein, dass Daten aus dem Antrag noch einmal abgefragt werden.

1. Wann ereignete sich der Unfall?

Welcher Art waren die Verletzungen? Wie lautete die genaue Diagnose?

2. Erfolgte ambulante Behandlungen/Untersuchungen?

ja nein
von bis von bis

Art der Behandlungen?

Name und Anschrift des Arztes:

3. Erfolgte stationäre Behandlungen/Untersuchungen?

ja nein
von bis von bis

Wurde eine Operation/Athroskopie durchgeführt?

ja, welche? nein

Wurde Fremdmaterial eingesetzt?

ja, welches? nein

Name und Anschrift des Krankenhauses:

4. Kann eine Verletzung des Gehirns, Rückenmarks, Schädels und der Wirbelsäule ausgeschlossen werden?

ja nein

5. Bestanden Arbeitsunfähigkeiten?

ja nein
von bis wegen
von bis wegen

Bestanden Berufsunfähigkeiten?

ja nein
von bis wegen
von bis wegen

Zusatzklärung Unfall

6. Sind die Unfallfolgen jetzt ausgeheilt?

ja, seit: nein

Wenn nein:

Welche Folgen/Beschwerden/Behinderungen bestehen noch?

Ist noch Fremdmaterial zu entfernen?

ja, wann: nein

Welche Kontrollen, Behandlungen bzw. Heilmaßnahmen werden noch durchgeführt bzw. sind noch notwendig?

Ist bzw. wird eine Minderung der Erwerbstätigkeit beantragt?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

7. Ist ein anderer Kostenträger für die Unfallfolgen vorhanden?

ja, welcher: nein

8. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, Name der Medikamente und Dosis?

9. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:

Wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

10. Sonstige Informationen:

Bitte überlassen Sie uns noch folgende Unterlagen in Kopie:

Bemerkungen:

Mir ist bekannt, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten sind. Ich weiß, dass die R+V Versicherung bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder der gesetzlichen Vertreter