

## Zusätzliche Erklärung über Verletzungen/Unfälle

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Verletzungen liegen/lagen vor? \_\_\_\_\_  
 Datum des Unfalls bzw. der Verletzung? \_\_\_\_\_

Sind Sie innerlich verletzt worden?  nein  ja

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
 - werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_  
 - sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

Bei Knochenbrüchen:  
 Ist noch Operationsmaterial im Körper?  nein  ja  
(Beispielsweise Nägel, Platten, Schraubungen)

Wenn ja, ist eine Entfernung des Operationsmaterials vorgesehen?  nein  ja

Bei Arm- und Beinverletzungen:  
 Welche Seite ist betroffen?  rechts  links  beidseitig

Sind Dauerfolgen zurückgeblieben bzw. zu erwarten?  nein  ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter