

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu (Unfall-) Verletzungen

Beschreibung der Verletzung

Wie lautet die ärztliche Bezeichnung Ihrer Verletzung und wann erlitten Sie diese? ____ / ____ MM/JJJJ
 (Falls bekannt, bitte Diagnose angeben, z. B. Bruch, Prellung, Zerrung)

Welche Ursache hat oder hatte die genannte Verletzung?

Welche Körperteile sind oder waren von der Verletzung betroffen? (ggf.: Welche Finger / Zehen sind betroffen?)

Ist oder war ein Gelenk von der Verletzung betroffen? ja nein

Wurde die Verletzung von Ihrem Arzt als Trümmer- oder Mehrfragmentfraktur bezeichnet? ja nein

Welche Körperhälfte ist oder war von der Verletzung betroffen?

- links rechts beidseitig anderer Körperbereich

Sind innere Verletzungen eingetreten oder wurden Nerven / Nervenzentren beschädigt? ja nein

Falls ja: Welche?

Sind bei Ihnen aufgrund der Verletzung Bewusstseinsstörungen oder Erinnerungslücken aufgetreten? ja nein

Falls ja: bis zu 15 Minuten bis zu 24 Stunden länger als 24 Stunden

Wurde einer der folgenden Befunde bei Ihnen festgestellt?

- traumatisches Hirnödem Hirnsubstanzschädigung (z. B. Kontusionsherd, Ödem, Einblutung)
 Hirnblutung keiner der genannten Befunde

Sind Sie bezüglich der genannten Verletzung beschwerdefrei? ja nein

Falls ja: Seit wann sind Sie beschwerdefrei? ____ / ____ MM/JJJJ

Bestehen noch Folgen der Verletzung? (z. B. Funktionseinschränkungen) ja nein

Falls ja: Welche Folgen bestehen noch?

Behandlung der Verletzung

Haben Sie wegen der Verletzung Ärzte oder Physiotherapeuten in Anspruch genommen? ja nein

Falls ja: Welche? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben) Wann?

Welche Ärzte / Physiotherapeuten führen oder führten eine Nachbehandlung durch?
 (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Ist die Behandlung der Verletzung abgeschlossen? ja nein

Erfolgt oder erfolgte in den letzten 10 Jahren eine Behandlung im Krankenhaus? ja nein

Falls ja: In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (Name, Anschrift, Fachabteilung) Wann? Warum?

Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? ____ Kalendertage

PESVA01672

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu (Unfall-) Verletzungen

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Rehamaßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Operationen

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aufgrund von (Unfall-) Verletzungen operiert oder ist eine Operation geplant? ja nein

Falls ja: Welche Operation wurde ausgeführt und wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Wurden Ihnen Organe oder Körperteile entfernt? ja nein

Falls ja: Welche?

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand wegen der Verletzung bei Ihnen Arbeitsunfähigkeit? ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Verletzung angeraten? ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

Wird oder wurde eine Unfallrente gezahlt? ja nein

Falls ja: Bitte eine Kopie des Bescheids beilegen.

weitere behandelnde Ärzte

Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen? ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
