



Verletzungen - Z 29

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

- 1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Verletzung/en?
2. Welche Körperteile bzw. Organe waren betroffen?
3. Wann haben Sie den Unfall erlitten? am:
4. Bestand Bewusstlosigkeit? Wie lange?
5. Wie lange dauerten die akuten Beschwerden an?
6. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Verletzung(en)?
7. Sind Sie aufgrund Ihrer Verletzung(en) arbeitsunfähig gewesen? Dauer?
8. Wurde eine Röntgenuntersuchung,durchgeführt?,
9. Wurde eine Operation durchgeführt?
10. Ist eine weitere Operation vorgesehen (z. B. Materialentfernung ...?)

11. Wurden stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?  nein  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ggf. wo, durch wen, Ergebnis? \_\_\_\_\_

12. Benötigen Sie orthopädischen oder sonstige Hilfsmittel? (z. B. Prothesen, Orthesen, orth. Schuhe, Gehstützen o. Ä.)  nein  
 ja \_\_\_\_\_

13. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

14. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  
 ja - Grad der Behinderung \_\_\_ % GdB/MdE (Bitte Ausweis befügen)

15. Beziehen oder bezogen Sie eine Unfallrente?  nein  
 ja - Leistungsträger: \_\_\_\_\_

16. Wurde Ihnen im Zusammenhang mit dieser Verletzung ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten bzw. haben Sie einen solchen vorgenommen?  nein  
 ja - früherer Beruf \_\_\_\_\_  
jetziger Beruf \_\_\_\_\_

17. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers