

Zusätzliche Erklärung: Verletzungen und Unfälle



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München
oder faxen an 089 4124-9525.

Antragsteller

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Zu versichernde Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Wie wurde die Verletzung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Körperteile bzw. Organe wurden verletzt (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig)?

Wann und wodurch entstand die Verletzung?

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. CT, Krankengymnastik, Operation, MRT, Physiotherapie; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

• Werden/Wurden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen, Prothesen) benötigt? ja nein
Wenn ja, welche?

Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant? (z.B. Kontrolluntersuchung, Entfernen von Platten/Verdrahtungen/Nägeln etc., Behandlung mit Gips oder Schiene)?

Ist Material (Platte, Verdrahtung, Nagel) im Körper noch vorhanden? ja nein

• Wenn ja, ist das Material zum Verbleib bestimmt? ja nein

Bestehen Funktionseinschränkungen oder Schäden? ja nein

• Wenn ja, welche?

Wird eine Verletztenrente bezahlt? ja nein

• Wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? _____% (dann bitte eine Kopie des Versorgungsbescheides mit den Diagnosen beifügen)

Wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung (z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)?

Bestehen noch Beschwerden/Folgen? ja nein

• Wenn ja, welche?

Ist die Verletzung ausgeheilt? ja nein

Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____**Erklärung**

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____