

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Knochenbruch

Bitte füllen Sie den Fragebogen für jeden Knochen gesondert aus.

1. Welcher Knochen ist oder war betroffen bzw. wie lautet die Diagnose?

(Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. Wann ereignete sich der Bruch?

3. Welche Ursachen sind für die Erkrankung bzw. Beschwerden bekannt?

- Unfall: Welcher? _____
- Ohne Gewalteinwirkung von außen (z. B. Osteoporose oder Tumorerkrankung)
- Andere

4. Welche der nachstehenden Merkmale treffen zu?

(Mehrfachnennung möglich)

- Beteiligung eines Gelenks bzw. der Gelenkfläche (Gelenkfraktur, Luxationsfraktur, Intraartikuläre Fraktur)
- Schenkelhalsfraktur
- Trümmer- / Mehrfragmentfraktur
- Verletzung von Weichteilen (z. B. Muskeln, Sehnen, Nerven, Gefäße)
- Keines

5. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Einmalig
- Wiederholt, zuletzt: _____
- Andauernd / chronisch

6. Bestehen derzeit noch Beschwerden?

- Nein, keine Beschwerden mehr seit: _____
- Ja, welche? _____

7. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein
- Ja, von _____ bis _____

8. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
- Krankengymnastik
- Verband/Schiene/Gips
- Medikamente (z. B. Tabletten, Spritzen)
Welche Medikamente?

Wie oft? _____ Wann zuletzt? _____

- Operation erfolgt geplant
Wann? _____

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere _____

9. Wurde der Bruch mit Material versorgt (Nagel, Draht, Platte etc.)?

- Nein
- Ja, Materialentfernung am: _____

10. Sind die Behandlungen abgeschlossen?

- Nein
- Ja, seit _____

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Knochenbruch

Bitte füllen Sie den Fragebogen für jeden Knochen gesondert aus.

11. Ist die Heilung in Normalstellung erfolgt?

- Nein
 Ja

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen,
reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

12. Ist die Bewegungsfähigkeit und Belastbarkeit wieder vollständig hergestellt?

- Nein
 Ja, seit _____

13. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben bzw. am Unterricht teilnehmen?

- Ja
 Nein: welche Einschränkungen bestehen?

14. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebene Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)