

ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG  
Postfach 1363  
49362 Vechta

Vechta,  
Vorgangs-Nr.:  
**Selbstauskunft**  
**Unfall und Verletzung**

**Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag**

<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>		<b>Zu versichernde Person:</b>	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p><b>1. Wie wurde die Verletzung von Ihrem Arzt bezeichnet?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>2. Gibt es einen Leistungsträger (z.B. BG, Gemeindeunfallversicherungsverband, Kfz-Haftpflichtvers.) für die Behandlungskosten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Angabe des Aktenzeichens bzw. Vorgangs-Nr. _____</p> <p><b>3. Wann erlitten Sie die Verletzung?</b></p> <p>_____ (TT/MM/JJJJ)</p> <p><b>4. Welche Körperteile bzw. Organe waren/sind betroffen? (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig)</b></p> <p>Körperteil/Organ: _____ Verletzung: _____</p> <p>Körperteil/Organ: _____ Verletzung: _____</p> <p>Körperteil/Organ: _____ Verletzung: _____</p> <p>Körperteil/Organ: _____ Verletzung: _____</p> <p>Körperteil/Organ: _____ Verletzung: _____</p> <p><b>5. Sind innere Verletzungen aufgetreten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche: _____</p> <p><b>6. Sind Komplikationen aufgetreten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche: _____</p> <p><b>7. Ist noch Fremdmaterial im Körper vorhanden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Welche: _____</p> <p style="text-align: center;">(z.B.: Platten, Verdrahtungen, Nägel)</p> <p>Ist eine Entfernung angeraten oder geplant?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wann: _____</p> <p><b>8. Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen/Symptome (Mehrfachnennungen möglich)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schwindelanfälle</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> zeitweise eintretende Bewußtlosigkeit?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Krampfanfälle?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gehstörungen?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lähmungen von Körperteilen?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Verlust von Sprache und Gehör?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seelische, psychische Störungen?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Gesundheitsstörungen?</p> <p>Wann erstmals? _____ Wie oft? _____</p> <p>Wann zuletzt? _____ Wie lange jedesmal? _____</p> <p><b>9. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Medikation:</b> Name: _____</p> <p>Dosierung: _____</p> <p>Einnahme seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Untersuchungen:</b></p> <p>Welche: _____</p> <p>Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____</p> <p><b>10. Fand eine stationäre Behandlung statt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____</p> <p><input type="checkbox"/> OP angeratenwann: _____ Art: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	

**BITTE ZWEITE SEITE BEACHTEN!**

Vechta,  
Vorgangs-Nr.:  
**Selbstauskunft**  
**Unfall und Verletzung**

## Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p><b>11. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____</p> <p>                  <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____</p> <p>                  <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><b>12. Blieben dauerhafte Schädigungen/Behinderungen zurück bzw. sind Schädigungen zu erwarten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bei ja: Grad der Behinderung: _____ % (bitte legen Sie den Bescheid bei)</p> <p>Nähere Angaben: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>13. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p><b>14. Besteht Behandlungsfreiheit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p><b>15. Besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>			

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre \_\_\_\_\_