

Fragebogen Unfall

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Wann haben Sie den Unfall erlitten?

2. Welche Körperteile oder Organe waren betroffen?

3. Wie nannte der Arzt die Verletzung(en)/Erkrankung?

4. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?

5. Sind Sie aufgrund des Unfalls oder der Folgen arbeitsunfähig gewesen?

Nein Ja

Falls ja, wann und wie lange?

6. Bestehen jetzt noch Folgen oder Funktionseinschränkungen?

Nein Ja

Falls ja, welche? Bitte detailliert beschreiben.

7. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE) oder ein Behinderungsgrad (GdB)?

Nein Ja

Falls ja, um wieviel Prozent?

8. Ist eine Operation durchgeführt worden oder ist eine solche angeraten?

Nein Ja

Falls ja, wann und welcher Art?



9. Ist ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten oder geplant?

Nein **Ja**

Falls ja, in welche neue Tätigkeit?

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover