



\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bestehen weitere Versicherungen gegen**

**Unfall** Gesellschaft / PolizzeNr \_\_\_\_\_

**Krankheit** Gesellschaft / PolizzeNr \_\_\_\_\_

**Früher erlittene Unfälle, Erkrankungen, Gebrechen?** (Jahresangabe, jetzige Folgen)

**Bei Spitalsbehandlung** Spital \_\_\_\_\_

Behandlung ambulant von/bis \_\_\_\_\_

Aufenthalt stationär von/bis \_\_\_\_\_

Bei bestehender Spitalgeldversicherung bitte eine

Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe mit- oder nachsenden.

**Jetzt behandelnde/r** Name \_\_\_\_\_

**Arzt/Ärztin** Anschrift \_\_\_\_\_

Tel./Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**Bestätigung durch behandelnde/n Arzt/Ärztin**

**Diagnose** \_\_\_\_\_

**Derzeitiger objektiver Befund** \_\_\_\_\_

**Dauer der stat. Behandlung** \_\_\_\_\_

**Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit** \_\_\_\_\_

**teilweisen Arbeitsunfähigkeit** \_\_\_\_\_

**Ist mit einer Dauerinvalidität zu rechnen**

nein

ja

**Datum / Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin** \_\_\_\_\_

**Zahlung der Entschädigung**

an Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Konto Nr. \_\_\_\_\_

KontoinhaberIn \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

**Ermächtigung**

Ich ermächtige die Ärzte, Krankenhäuser und Rehab- bzw. Kuranstalten in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, sowie Versicherungsträger (private oder gesetzliche), dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte (Berichte, Befunde, Gutachten) zu geben und entbinde sie in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich den Versicherer in alle Akten bei Behörden (Polizei, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift Versicherungsnehmer(In)

.....  
Unterschrift versicherte Person