

Fragebogen AUFMERKSAMKEITS-DEFIZIT-(HYPERAKTIVITÄTS-)SYNDROM

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zu bestehenden Beschwerden

1. An welchen Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)

2. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

3. Welche Diagnose (z.B. Hyperkinese, Aufmerksamkeits-Defizit- Syndrom, Zappelphilipp-Syndrom, AHDS, ADS) wurde Ihnen von dem behandelnden Arzt genannt?

4. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre unter folgenden Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmungen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Übererregbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Denkstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Falls ja: Wann? Wie oft? _____

Angaben zu ärztlichen Behandlungen

5. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung?

- Nein
 Ja

Falls ja: Seit wann: _____

Wann war die letzte Untersuchung? _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

6. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten zehn Jahre in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein

Ja

Falls ja: Seit wann: _____

Wann war die letzte Untersuchung? _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

7. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

Angaben zur Medikation

8. Wie werden Sie behandelt?

Medikamente

Therapie

Sonstiges (z. B. Operationen) _____

9. Bitte nähere Angaben (z.B. Medikamentenname, Dosierung, Art der Therapie)

10. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? _____

Angaben zu Unfällen

11. Haben Sie in den letzten fünf Jahren einen oder mehrere Unfälle erlitten?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Was passierte? _____

Bestehen Unfallfolgen? _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. Arztes an.

Angaben zu Freizeitaktivitäten

12. Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Fallschirmspringen, Tauchen, Bungee-Jumping, Motorsport, Kampfsport, Free-Climbing, Mountainbike-downhill)?

Nein

Ja

Falls ja: Welcher? _____

Angaben zu Schule und Beruf

13. Gab es innerhalb der letzten fünf Jahre Probleme in Ihrer schulischen Laufbahn oder in Ihrer Ausbildung (z.B. häufige Schulwechsel, Schulverweis, Versetzungsprobleme, Wechsel des Ausbildungsplatzes, Abbruch der Ausbildung)?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? _____

14. Sind Sie derzeit in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Nein

Ja

Falls ja: Warum? _____

15. War innerhalb der letzten fünf Jahre oder ist zukünftig eine Änderung Ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich?

Nein

Ja

Falls ja: Warum? _____

Wie oft haben Sie innerhalb der letzten fünf Jahre den Arbeitsplatz gewechselt? _____

Sonstige Angaben

16. Besteht oder bestand ein Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch?

Nein

Ja

Falls ja: Welcher? Zeitraum? _____

17. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann:

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?

(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: ____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)