

# Fragebogen COVID-19

## 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 COVID-19

1. Wann wurden Sie positiv auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) getestet? [MM/JJ]

\_\_\_\_\_

2. Welche der folgenden Symptome traten bzw. treten bei Ihnen im Zusammenhang mit der Erkrankung auf? (Mehrfachnennungen möglich)

- |                                                  |                                                                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Husten                  | <input type="checkbox"/> Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn               |
| <input type="checkbox"/> Fieber                  | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, -beschwerden (Myalgie)                |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit / Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Hautausschläge oder Verfärbungen der Zehen oder Finger |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen           | <input type="checkbox"/> Verlust von Sprache oder Bewegungseinschränkungen      |
| <input type="checkbox"/> Diarrhöe                | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Druck auf der Brust                     |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen           | <input type="checkbox"/> Keines der genannten                                   |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit           | <input type="checkbox"/> Sonstiges - Bitte machen Sie nähere Angaben:           |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung     | _____                                                                           |

3. Wurden Sie aufgrund Ihrer Coronavirus-Infektion im Krankenhaus behandelt?

- Nein
- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Wie lange? Von [TT/MM/JJ] \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ [TT/MM/JJ]  
Wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?
- Nein
- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Wie lange? Von [TT/MM/JJ] \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ [TT/MM/JJ]

4. Welche Behandlung haben Sie aufgrund Ihrer Coronavirus-Infektion erhalten?

- |                                                                                                                  |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine Behandlung                                                                        | <input type="checkbox"/> Medikamente - Bitte Präparat und Dosis angeben:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Therapie                                                                     | <input type="checkbox"/> Operation - Bitte Art der Operation angeben:<br>_____    |
| <input type="checkbox"/> Unterstützte Beatmung (z. B. High-Flow-Nasensauerstoff, CPAP, BiPAP, Helmbeatmung usw.) | <input type="checkbox"/> Sonstiges - Bitte angeben:<br>_____                      |
| <input type="checkbox"/> Dialyse                                                                                 | _____                                                                             |

5. Ist bei Ihnen während Ihrer Coronavirus-Infektion eine der folgenden Komplikationen aufgetreten?

- Beteiligung von Organen
  - Lunge (z. B. Lungenerkrankung - einschließlich Lungenentzündung, Embolie, akutes oder chronisches Atemversagen usw.)
  - Herz (Myokardinfarkt, Myokarditis, akute oder chronische Herzinsuffizienz usw.)
  - Niere (Nierenversagen etc.)
  - Sonstiges - Bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_
- Schlaganfall
- Hypertonie (neu diagnostiziert)
- Diabetes (neu diagnostiziert)
- Neurologische Symptome (z. B. Konzentrationsstörungen, Gedächtnisverlust, Krampfanfälle usw.)
- Septischer Schock
- Sonstiges - Bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_

6. Sind bei Ihnen als Reaktion auf Ihre Coronavirus-Infektion psychische Beschwerden aufgetreten?

- Nein
- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:
  - Angststörung
  - Depression
  - Gedrückte Stimmung
  - Psychose
  - Sonstiges - Bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_

7. Haben Sie sich von Ihrer Coronavirus-Infektion vollständig erholt?

- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Seit wann? \_\_\_\_\_ [TT/MM/JJ]
- Nein - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Welche Symptome treten bei Ihnen derzeit auf? \_\_\_\_\_  
Befinden Sie sich noch in (nicht/medizinischer) Behandlung?
  - Nein
  - Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_

8. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Adresse Ihres behandelnden Arztes / Ihrer behandelnden Ärzte mit:

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

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 beigefügt.  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)