

Fragebogen KOPFSCHMERZ

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 zur Erkrankung

1. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen innerhalb der letzten fünf Jahre in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (z. B. Hirntumor), einer Gefäßerkrankung (z. B. Hypertonie), einem Schädel-Hirn-Trauma oder einer rheumatischen Erkrankung auf?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? Wann? Behandler?

2. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen innerhalb der letzten fünf Jahre in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auf?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? Wann? Behandler?

3. Sind Ihre Kopfschmerzen vom Typ Bing Horten oder Cluster-Kopfschmerz?

Nein

Ja

4. Wie treten oder traten Ihre Kopfschmerzen innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

überwiegend einseitig Ja Nein

von pochendem/pulsierendem Charakter Ja Nein

mit plötzlichem/anfallsartigem Beginn Ja Nein

häufig mit Übelkeit und Erbrechen Ja Nein

mit Lärm-/Geruchsempfindlichkeit Ja Nein

mit Aura/neurologischen Symptomen wie Ja Nein

z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen

nie länger als max. 72 Stunden andauernd Ja Nein

5. Wann sind die Kopfschmerzen zuletzt aufgetreten?

Vor mehr als 3 Jahren

Innerhalb der letzten 3 Jahre

6. Wie häufig sind die Kopfschmerzen zuletzt aufgetreten?

Maximal 1 – 2mal/Monat

3 – 4mal/Monat

Über 4mal/Monat

7. Wie lange dauerten die Kopfschmerzen an?

- Immer unter 24 Stunden
- 24 – 36 Stunden
- Über 36 Stunden

8. Bitte geben Sie uns nähere Informationen zu Ihrer Medikamenteneinnahme:

- Nur bei Bedarf, keine Dauermedikation
- Dauermedikation mit nur 1 Präparat
- Dauermedikation mit mehr als 1 Präparat

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

- Nein
- Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung? Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

- Hausarzt
- Orthopäde
- Neurologe
- Sonstige: _____

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)