

Fragebogen PSYCHISCHE STÖRUNGEN

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. An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten zehn Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)

Zeitraum der Erkrankung _____

Welche Diagnose wurde Ihnen von dem behandelnden Arzt genannt? Falls bekannt, bitte auch die Einordnung nach ICD-10-Klassifikation angeben.

2. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten zehn Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung? Falls ja: Seit wann? Wann war die letzte Untersuchung?

Nein

Ja _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

3. Erfolgten innerhalb der letzten zehn Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Neurologen, Psychiater oder Psychotherapeuten)?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

4. War innerhalb der letzten zehn Jahre ein Krankenhaus- oder Klinikaufenthalt erforderlich? Falls ja: Wann? Wie lange? Ergebnis?

Nein

Ja _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses an.

5. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

Nein

Ja _____

6. Haben Sie innerhalb der letzten zehn Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen? Falls ja: Wann? Wie häufig?

Nein

Ja _____

7. Besteht oder bestand innerhalb der letzten zehn Jahre ein Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch? Falls ja: Welcher? Zeitraum?

Nein

Ja _____

8. Welche Beschwerden haben oder hatten Sie innerhalb der letzten zehn Jahre?

Stimmungsschwankungen

Denkstörungen

Übererregbarkeit

Schlafstörungen

Gewichtsveränderungen

Sonstige: _____

Körperliche Beschwerden

Kopfschmerzen

Depressive Verstimmungen

Zittern

Angst

Schwindel

9. Traten innerhalb der letzten zehn Jahre im Rahmen Ihrer psychischen Störung Anfälle mit Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Lähmung oder Krämpfen auf?

Falls ja: Wann? Welche? Wie häufig?

Nein

Ja _____

10. Wie wird Ihre psychische Störung behandelt? Bitte nähere Angaben (z. B. Medikamentenname, Dosierung, Art der Therapie)

Medikamente _____

(Psycho-)Therapie _____

Sonstige: _____

11. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden? Falls ja: Welche?

Nein

Ja _____

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

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

13. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet? Falls ja: Wann? Welche?

Nein

Ja _____

14. 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 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)