

# Kinder-Fragebogen ADS/ADHS

## Angaben zur versicherten Person

Zu versicherndes Kind

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 Beschwerden leidet bzw. litt das zu versichernde Kind innerhalb der letzten fünf Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

4. Leidet oder litt das zu versichernde Kind innerhalb der letzten fünf Jahre unter folgenden Beschwerden:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Beschwerden        | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen                          |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen          | <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden - bitte nähere Angaben |
| <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen | _____   |
| <input type="checkbox"/> Angst                    | <input type="checkbox"/> Denkstörungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderungen    | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                                  |
| <input type="checkbox"/> Zittern                  | <input type="checkbox"/> Schwindel                                      |
| <input type="checkbox"/> Übererregbarkeit         | <input type="checkbox"/> Sonstige - bitte nähere Angaben _____          |

Falls ja: Wann? Wie oft? \_\_\_\_\_

5. Ist oder war das zu versichernde Kind innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung?

- Nein  
 Ja

Falls ja: Seit wann: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Untersuchung? \_\_\_\_\_

6. Ist oder war das zu versichernde Kind innerhalb der letzten zehn Jahre in psychotherapeutischer Behandlung?

- Nein  
 Ja

Falls ja: Seit wann: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Untersuchung/Behandlung? \_\_\_\_\_

7. Wie wird das zu versichernde Kind behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamente
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Sonstiges (z. B. Operationen) \_\_\_\_\_

8. Wir bitten um nähere Angaben zu der Behandlung (z.B. Medikamentenname, Dosierung, Art der sonstigen Therapie):

\_\_\_\_\_

9. Wurden dem zu versichernden Kind in den letzten 6 Monaten andere/weitere Medikamente verordnet?

- Nein
- Ja – Welche? Dauer der Einnahme? Dosierung?

\_\_\_\_\_

10. Gab oder gibt es Probleme in der schulischen Laufbahn (z.B. Schulwechsel, Schulverweis, Versetzungsprobleme)?

- Nein
- Ja – bitte nähere Angaben:

\_\_\_\_\_

11. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über den aktuellen Gesundheitszustand des zu versichernden Kindes 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 des gesetzlichen Vertreters des zu versichernden Kindes