

# Kinder-Fragebogen FIEBERKRAMPF

## 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)

Wie lautet die genaue ärztliche Diagnose?

2. Wie oft treten bzw. traten die Anfälle innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

3. Wie viele Fieberkämpfe traten insgesamt innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

4. Wann trat bei dem zu versichernden Kind der letzte Fieberkrampf auf?

5. Erfolgt innerhalb der letzten fünf Jahre neurologische Untersuchungen (z.B. EEG)?

Nein

Ja

Falls ja, wann, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

6. Wurden bei dem zu versicherten Kind innerhalb der letzten fünf Jahre bildgebende Untersuchungen wie z.B. Kernspintomographie, CT, MRT durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja, wann, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

7. Ist bzw. war innerhalb der letzten fünf Jahre eine medikamentöse Therapie notwendig?

Nein

Ja

Falls ja, bitte Präparatnamen, Dosierung und die Dauer der Einnahme nennen.

8. Konnte bzw. kann eine Epilepsie ausgeschlossen werden?

Nein

Ja

9. 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