

Fragebogen Psychische Störungen

Versicherungsantrag Nr.:

Zu versichernde Person:

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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

1. An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie? (Bitte möglichst genaue Angaben)

Zeitraum der Erkrankung? von bis

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 in (fach-)ärztlicher Behandlung? Falls ja: Seit wann? Nein Ja, seit

Wann war die letzte Untersuchung?

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

3. Erfolgten weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Neurologen, Psychiater oder Psychotherapeuten)? Nein Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

4. War ein Krankenhaus- oder Klinikaufenthalt erforderlich? Nein Ja

Falls ja: Wann? Wie lange? Ergebnis?

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses an.

5. Wurden Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? Nein Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

6. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Nein Ja
 Falls ja: Wann? Wie häufig?
7. Besteht oder bestand ein Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch? Nein Ja
 Falls ja: Welcher? Zeitraum?
8. Welche Beschwerden haben oder hatten Sie? Stimmungsschwankungen
 Schlafstörungen
 körperliche Beschwerden
 depressive Verstimmungen
 Angst
 Denkstörungen
 Gewichtsveränderungen
 Kopfschmerzen
 Zittern
 Schwindel
 Übererregbarkeit
 Sonstige:

9. Traten im Rahmen Ihrer psychischen Störung Anfälle mit Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Lähmung oder Krämpfen auf? Nein Ja
 Falls ja: Wann? Welche? Wie häufig?

10. Wie wird Ihre psychische Störung behandelt? Medikamente
 (Psycho-)Therapie
 Sonstiges
 Bitte nähere Angaben (z.B. Medikamentenname, Dosierung, Art der Therapie)
11. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden? Nein Ja
 Falls ja: Welche?
12. Leiden oder litten Sie noch an weiteren Erkrankungen? Nein Ja
 Falls ja: Wann? Welche?
13. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet? Nein Ja
 Falls ja: Wann? Welche?
14. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu versichernden Person
(falls nicht Versicherungsnehmer)