

# 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. Erfolgt 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 Schadensfall 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)

**Medizinische Selbstauskunft**  
über psychische Erkrankungen

Antragsteller: 

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: 

Zu versichernde Person: 

Antrag/Anfrage vom: 

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen psychischer Erkrankung**

1. Wie lautet die genaue Diagnose (soweit bekannt)? \_\_\_\_\_

2.1 Bitte geben Sie an, welche Art von Beschwerden / Symptomen Sie haben oder hatten

- Herzerasen oder ähnliches       Angstzustände/ Panikattacken       Niedergeschlagenheit       Magen/Darmstörung  
 Antriebslosigkeit       Kopfschmerz/ Migräne       sonstiges, bitte nachfolgend erläutern: \_\_\_\_\_

2.2 Durch welche Ursache traten/ treten die o. g. Beschwerden auf?

- Beziehungsprobleme       Traumatisches Ereignis       Tod eines Angehörigen/ Verwandten  
 Emotionale Beeinträchtigung       sonstiges, bitte nachfolgend erläutern: \_\_\_\_\_

2.3 Wann sind diese erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_

3. Welcher Psychologe/ Therapeut/ Neurologe hat Sie diesbezüglich behandelt? \_\_\_\_\_

3.1 Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen der oben genannten Diagnose arbeitsunfähig?  
 nein       ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_

4. Welche Art von Behandlungen/ Untersuchungen wurden durchgeführt?

- Gesprächstherapie       Verhaltenstherapie       Neurologische Abklärung       Kernspintomographie/ MRT  
 stationäre Therapie       Maltherapie       sonstiges, bitte nachfolgend erläutern: \_\_\_\_\_

4.1 Von wann bis wann fanden/ finden o. g. Behandlungen/ Untersuchungen statt? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wie viele der o. g. Therapieeinheiten/ Sitzungen fanden insgesamt statt? \_\_\_\_\_

4.2 Wurden oder werden Medikamente eingenommen?  nein       ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Name und Dosierung: \_\_\_\_\_

**Zu 4.: Bitte fügen Sie die Befund- und Verlaufsberichte Ihrer Behandler bei.**

Mitgl.-/Bearb.-Nr. 

Antrag/Anfrage vom: 

5. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- 5.1 Wenn nein, welcher Art sind die Beschwerden? \_\_\_\_\_
6. Sind Sie jetzt behandlungsfrei?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- 6.1 Wenn nein, welcher Art sind die Behandlungen? \_\_\_\_\_
7. Sind weitere Maßnahmen/ Behandlungen angeraten?  nein  ja
- 7.1 Wenn ja, welcher Art und wann? \_\_\_\_\_
8. Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person

