

Hinweis: je nach Gesellschaft / Formulierung im Antrag beziehen sich die Fragen auf die letzten 5 bzw. 10 Jahre!



Zusatzklärung Nerven / Gemüt / Psyche

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																														
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																														
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>																														
Erkrankung/ Beschwerden	<p>Die Erkrankung(en)/Beschwerden der Psyche treten/traten auf</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Wiederholt Erstmalig _____ (Monat/Jahr) Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p style="margin-left: 40px;">Wie oft im Jahr? _____ mal</p> <p style="margin-left: 100px;">Wie lange jeweils? _____ Monate _____ Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> Andauernd Seit wann _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Beschwerden sind aufgetreten?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Angst/Panikattacken</td> <td><input type="checkbox"/> Beklemmungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erregbarkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Erschöpfung</td> <td><input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (chronisch)</td> <td><input type="checkbox"/> Krämpfe</td> <td><input type="checkbox"/> Lähmungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ohnmacht</td> <td><input type="checkbox"/> Schwindel</td> <td><input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Traurigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Zittern</td> <td><input type="checkbox"/> zwanghaftes Verhalten</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte mit eigenen Worten beschreiben) _____</p> <hr/> <p>Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wie viele? _____ wann? _____ (Monat/Jahr) _____ (Monat/Jahr) _____ (Monat/Jahr)</p>	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Angst/Panikattacken	<input type="checkbox"/> Beklemmungen	<input type="checkbox"/> Erregbarkeit	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (chronisch)	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> zwanghaftes Verhalten															
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Angst/Panikattacken	<input type="checkbox"/> Beklemmungen																													
<input type="checkbox"/> Erregbarkeit	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen																													
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (chronisch)	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Lähmungen																													
<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken																													
<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> zwanghaftes Verhalten																													
Diagnose	<p>Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erschöpfungssyndrom</td> <td><input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> depressive Verstimmung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> depressive Phase/Episode</td> <td><input type="checkbox"/> klimakterische Depression</td> <td><input type="checkbox"/> Major Depression</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> reaktive Depression</td> <td><input type="checkbox"/> exogene Depression</td> <td><input type="checkbox"/> endogene Depression</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> affektive Störung</td> <td><input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörung</td> <td><input type="checkbox"/> Belastungsstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Demenz</td> <td><input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung</td> <td><input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexie/Bulimie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intelligenzminderung</td> <td><input type="checkbox"/> kindliche Verhaltens- und Emotionsstörung</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurasthenie</td> <td><input type="checkbox"/> neurotische Störung</td> <td><input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phobie</td> <td><input type="checkbox"/> Psychose</td> <td><input type="checkbox"/> psychovegetative Störung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schizophrenie</td> <td><input type="checkbox"/> Schlafstörung</td> <td><input type="checkbox"/> sexuelle Störung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> somatoforme Störung</td> <td><input type="checkbox"/> Verhaltensstörung</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte genaue Bezeichnung) _____</p>	<input type="checkbox"/> Erschöpfungssyndrom	<input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> depressive Phase/Episode	<input type="checkbox"/> klimakterische Depression	<input type="checkbox"/> Major Depression	<input type="checkbox"/> reaktive Depression	<input type="checkbox"/> exogene Depression	<input type="checkbox"/> endogene Depression	<input type="checkbox"/> affektive Störung	<input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörung	<input type="checkbox"/> Belastungsstörung	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung	<input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexie/Bulimie)	<input type="checkbox"/> Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> kindliche Verhaltens- und Emotionsstörung		<input type="checkbox"/> Neurasthenie	<input type="checkbox"/> neurotische Störung	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Phobie	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> psychovegetative Störung	<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> sexuelle Störung	<input type="checkbox"/> somatoforme Störung	<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung	
<input type="checkbox"/> Erschöpfungssyndrom	<input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung																													
<input type="checkbox"/> depressive Phase/Episode	<input type="checkbox"/> klimakterische Depression	<input type="checkbox"/> Major Depression																													
<input type="checkbox"/> reaktive Depression	<input type="checkbox"/> exogene Depression	<input type="checkbox"/> endogene Depression																													
<input type="checkbox"/> affektive Störung	<input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörung	<input type="checkbox"/> Belastungsstörung																													
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung	<input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexie/Bulimie)																													
<input type="checkbox"/> Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> kindliche Verhaltens- und Emotionsstörung																														
<input type="checkbox"/> Neurasthenie	<input type="checkbox"/> neurotische Störung	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung																													
<input type="checkbox"/> Phobie	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> psychovegetative Störung																													
<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> sexuelle Störung																													
<input type="checkbox"/> somatoforme Störung	<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung																														
Bezeichnung/ Ursache	<p>Ist Ihnen die Bezeichnung Ihrer psychischen Erkrankung(en) nach der ICD-Systematik bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sie lautet/lauten F _____ F _____ F _____</p> <p>Ist Ihnen die Ursache Ihrer psychischen Erkrankung(en) bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p>																														

Zusatzerklärung Nerven / Gemüt / Psyche

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2 von 3

bzw. 10

Ärzte/ Behandlung

Welche Ärzte/Therapeuten haben Sie wegen der psychischen Erkrankung in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

Wie wurden Sie behandelt?

Medikamentöse Therapie (Tabletten, Injektionen); Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben

von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Verhaltenstherapie von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Psychotherapie von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Sonstige Behandlung(en) Welche? _____

von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

War im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung ein Krankenhaus-/Kuraufenthalt erforderlich?

nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Name und Anschrift der Einrichtung _____

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der psychischen Erkrankung?

nein, folgenlos ausgeheilt/beschwerdefrei seit _____ (Monat/Jahr)

ja, welche? _____

Die Symptome haben sich verbessert verschlechtert sind gleich geblieben

Welche Ärzte/Therapeuten behandeln Sie derzeit wegen einer psychischen Erkrankung (Name und Anschrift)?

derzeitig medikamentöse Therapie (z.B. Tabletten, Injektionen); Bitte Medikamentenname und Dosierung angeben

derzeitig Verhaltenstherapie seit _____ (Monat/Jahr)

derzeitig Psychotherapie seit _____ (Monat/Jahr)

sonstige derzeitige Behandlung(en) Welche? _____

seit _____ (Monat/Jahr)

bzw. 10

Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie wegen einer psychischen Erkrankung in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

nein ja, (bitte Kopie beifügen) was ist der Grund dafür? _____

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

nein ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)

was ist der Grund dafür? _____

Anzahl Sitzungen

davon probatorisch

Zusatzklärung Nerven / Gemüt / Psyche

Zu versichernde Person: _____		Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)	
Geburtsdatum: _____		Seite 3 von 3	
<p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p> <p><u>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</u></p> <p>Bitte immer beantworten: Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>			
Unterschrift			
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift der zu versichernden Person	
Belehrung	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird? Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.</p>		