

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten fünf Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Nerven- und Gemütskrankungen

Beschreibung der Erkrankung

Unter welchen Beschwerden/Symptomen einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leiden oder litten Sie?

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig sind Beschwerden aufgetreten? ____ Mal

Wie lange haben die Beschwerden jeweils angehalten?

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

andauernd

Sind Ihnen Ursachen für die genannten Beschwerden bekannt? ja nein

Falls ja: Welche?

Bestehen die genannten Ursachen fort? ja nein

Haben Sie bereits Suizidgedanken gehabt? ja nein

Falls ja: Wann, in welchem Zeitraum?

Haben Sie einen Selbsttötungsversuch vorgenommen? ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Behandlung der Erkrankung

Waren Sie wegen psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Falls ja: Wann? von ____ / ____ MM/JJJJ bis ____ / ____ MM/JJJJ

Warum?

Wie lautet die ärztliche Diagnose?

Bei welchen Ärzten, Psychotherapeuten und in welchen Krankenhäusern erfolgten die Behandlungen?
 (Bitte Name, Anschrift, Fachrichtung) Wann und wie lange jeweils? Warum?

Sind Sie aktuell wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Bei welchen Ärzten, Psychotherapeuten oder in welchem Krankenhaus?

Wurden ärztlicherseits Verhaltensempfehlungen gegeben? ja nein

Falls ja: Welche?

PESVA01679

(07V) 0.12.21

EV--0059Z0

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Nerven- und Gemütskrankungen

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen psychische oder psychosomatische Beschwerden ein?

						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja:		Häufigkeit/	bei	regelmäßig	eingegenommen		
Welche?	Medikament	Dosis	Bedarf		seit	bis	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___	

Haben Sie jemals eine Überdosis Drogen oder Medikamente genommen?

ja nein

Falls ja: Wann? ___/___ MM/JJJJ

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?

ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung?

ja nein

Falls ja: Wann zuerst? ___/___ MM/JJJJ Wann zuletzt? ___/___ MM/JJJJ

In welchem Krankenhaus? (Bitte Namen, Anschrift und Fachabteilung angeben)

Besteht oder bestand wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung auch ohne ärztliche Krankschreibung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden angeraten?

ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

weitere behandelnde Ärzte

Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen?

ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung

Wann?

Warum?

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 3 der ergänzenden Erklärung zu Nerven- und Gemütskrankungen

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls
die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
