☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz

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 Gemütserkrankungen

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 angedauert?

_____

_____

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?

_____

_____

_____

Allianz

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherungsnr.: _____ **RLNR.:** _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Nerven- und Gemütserkrankungen

Sofern eine Therapie stattgefunden hat: Hatte diese eine positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf? ☐ **ja** ☐ **nein** ☐ Es hat keine Therapie stattgefunden

Falls ja: Haben sich Ihre Beschwerden aufgrund der Therapie stabilisiert? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Seit wann?

_____

Wurden ärztlicherseits Verhaltensempfehlungen gegeben? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche?

_____

_____

Nehmen oder nahmen Sie ärztlich verschriebene Medikamente gegen psychische oder psychosomatische Beschwerden ein? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Welche? Medikament	Häufigkeit/ Dosis	bei Bedarf	regelmäßig	eingenommen seit	eingenommen bis
_____	_____	☐	☐	____ /_____	____ /_____
_____	_____	☐	☐	____ /_____	____ /_____
_____	_____	☐	☐	____ /_____	____ /_____
_____	_____	☐	☐	____ /_____	____ /_____

Haben sich Ihre Beschwerden aufgrund der Medikation stabilisiert? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Seit wann?

_____

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)

_____

_____

Waren Sie wegen der genannten Beschwerden in stationärer oder tagesstationärer Behandlung? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Wie häufig wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden stationär behandelt? ____ mal

Wann zuerst? ____ /_____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ /_____ MM/JJJJ

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

_____

_____

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

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 angedauert?

_____

_____

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

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

Allianz

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherungsnr.: _____ **RLNR.:** _____

Seite 3 der ergänzenden Erklärung zu Nerven- und Gemütserkrankungen

weitere behandelnde Ärzte

Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen? ☐ **ja** ☐ **nein**

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung | Wann? | Warum?

_____

_____

_____

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
_____	_____	_____