

- 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 zehn Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Drogenkonsum / Suchtverhalten

Beschreibung der Beschwerden

Konsumieren oder konsumierten Sie eine der folgenden Substanzen?

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Amphetamine | z. B. Ecstasy, Ice, MDMA, Speed, Uppers | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Anabolika | z. B. Stanazolol, Nandrone | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Barbiturate | z. B. Downers | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Cannabis | z. B. Haschisch, Marihuana, Pot, Weed | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) Kokain | z. B. Koks, Crack, Schnee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Halluzinogene | z. B. Acid, Angel Dust, Haze, LSD, Mikros | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) Opiate | z. B. Kodein, Heroin, Methadon, Morphinum, Opium, Smack | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) Sedativa | z. B. Diazepam, Nitrazepam, Tranquilizer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| i) Lösungsmittel | z. B. Aerosole, Klebstoff | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) andere | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Falls Sie eine oder mehrere der obigen Fragen mit „Ja“ beantwortet haben:

Welche Substanz(en) (genaue Bezeichnung)? Art der Einnahme? In welchem Zeitraum? Wann zuletzt?

Wie oft (einmalig, monatlich, wöchentlich, täglich)? In welchen Mengen?

Nehmen oder nahmen Sie leistungssteigernde Substanzen zur Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit oder der beruflichen Leistungsfähigkeit? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. Welche? Wie oft? In welcher Menge? In welchem Zeitraum? Wann zuletzt?

Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben, besonders über Herkunft der Spritzen und ob Sie jemals Spritzen gemeinsam benutzt haben.

Leiden oder litten Sie jemals unter Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch stehen (z. B. Hepatitis, HIV-Infektion, psychische Erkrankungen, usw.)? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. Dauer? Behandlung?

Beratung oder Behandlung von Suchtverhalten

Werden oder wurden Sie wegen Drogenkonsum beraten oder behandelt? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. In welchem Zeitraum? Wie oft? ggf. Anlass?

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Drogenkonsum / Suchtverhalten

Werden oder wurden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. In welchem Zeitraum? Wie oft? Ggf. Anlass?

Werden oder wurden Sie wegen Medikamentenmissbrauch oder Missbrauch von Betäubungsmitteln beraten oder behandelt? ja nein

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. In welchem Zeitraum? Wie oft? Ggf. Anlass?

Leiden oder litten Sie unter einem nicht-stoffgebundenen Suchtverhalten ja nein
 (z. B. Spielsucht, Internetsucht, usw.)?

Falls ja: Bitte machen Sie weitere Angaben. Welches Suchtverhalten? In welchem Zeitraum? Genaue Ausprägung?

Nikotinkonsum

Konsumieren Sie Tabak? ja nein

Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? _____ Stück
 Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? _____ Gramm

Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, Shisha, E-Zigarren oder E-Pfeifen? ja nein

Falls ja: In welchen Mengen? _____ Stück pro Tag

behandelnde Ärzte

Haben Sie sich jemals wegen Drogen-, Alkohol- oder Betäubungsmittelmissbrauchs oder zur Entwöhnung in ärztliche Behandlung begeben? ja nein

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

zusätzliche Bemerkungen

Bitte geben Sie uns alle weiteren Informationen an, die für die Abwicklung dieses Antrags wichtig erscheinen.

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

PESVA01703