Fragebogen EPILEPSIE

Angaben zur versicherten Person

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:

Angaben zur Erkrankung

1. Wie lautet die Ihnen mitgeteilte ärztliche Diagnose genau?

☐ generalisierte Anfälle
☐ Grand-Mal-Anfälle
☐ Absencen (Petit Mal)
☐ Tonische Anfälle
☐ Sonstige: Welche?

☐ fokale Anfälle
☐ Einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörungen
☐ Komplex-fokal mit Bewusstseinsstörungen
☐ Sonstige: Welche?

☐ Psychogene Anfälle
☐ Sonstige: Welche?

2. Wie oft treten bzw. traten die Anfälle innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

☐ < 6x/Jahr ☐ 7 – ≤ 12x/Jahr ☐ > 12x/Jahr

3. Wann trat bei Ihnen der letzte Anfall auf?

☐ < 2 Jahre ☐ 2 – ≤ 5 Jahre ☐ 6 – ≤ 10 Jahre
☐ > 10 Jahre

Datum des letzten Anfalls:

4. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Erkrankung bekannt?

☐ Schädel-Hirn-Trauma
☐ Gehirnentzündung (Enzephalitis)
☐ Angeborene Epilepsie (genetisch bedingt)
☐ Sonstige Ursache: Welche?

☐ Strukturveränderungen des Gehirns
☐ Hirntumor
☐ Stoffwechselstörung des Gehirns

5. Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst durch:

☐ Fieber (als Kind)
☐ Schlafmangel
☐ Alkoholgenuss

☐ Stress
☐ Lichtreize
☐ Sonstige: Welche?

6. Erfolgte innerhalb der letzten fünf Jahre eine neurologische Untersuchung?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Mit welchem Ergebnis?

7. Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre eine Kernspintomographie durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Mit welchem Ergebnis?

8. Nehmen Sie derzeit antiepileptische Medikamente ein?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Bitte Präparatnamen und die Dosierung nennen.

Blutspiegel im Normbereich

☐ Nein
☐ Ja

9. Wurde zur Behandlung der Epilepsie innerhalb der letzten zehn Jahre eine Gehirnoperation durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Ergebnis?

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Krankenhauses an.

10. Stehen Sie derzeit noch wegen der Epilepsie in Behandlung?

☐ Nein
☐ Ja

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des behandelnden Arztes an.

11. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

☐ Nein
☐ Ja, GdB/MdE _____ %
☐ Ja, Antrag gestellt am:

12. Können Sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausüben?

☐ Nein, keine Einschränkungen.
☐ Ja, welche Einschränkungen bestehen?

13. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung innerhalb der letzten zehn Jahre psychische Störungen aufgetreten (z. B. Konzentrationsstörungen, Depression, Psychose, Suizidversuch)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche? Wann zuletzt?

14. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

☐ Nein
☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

15. Wurden ärztlicherseits bei Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z. B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst, Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung) und Erlaubnisse (z. B. Kfz-Führung) ausgesprochen? Falls ja: Welche Einschränkung? Wann? Wie lange? Warum?	☐ Nein ☐ Ja
Noch gültig?	☐ Nein, seit: ☐ Ja, seit:
16. Gibt es sonstige, für Sie und damit eventuell für unsere Risikobeurteilung wichtige Informationen zu der bei Ihnen gegebenen gesundheitlichen Situation und den Arbeitsbedingungen, die Sie uns mitteilen möchten? Falls ja: Welche?	☐ Nein ☐ Ja

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)	☐ Zusätzliche Angaben sind beigefügt ☐ Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben ☐ Es folgen noch Angaben Anzahl Extrablätter:

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 Schadenfall 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**	Unterschrift der zu **versichernden Person** (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) **ges. Vertreter**