

Versicherungsnehmer: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

zu versichernde Person: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Psychische / psychosomatische Erkrankungen

### 1. Welche psychischen Erkrankungen oder Beschwerden liegen oder lagen vor?

(Mehrfachnennung möglich)

- Erschöpfung
- Verstimmung
- Depression
- Burn-Out-Syndrom
- Konzentrationsstörung
- Anpassungsstörung
- Persönlichkeitsstörung
- Zwangsstörung
- Schlafstörung
- Essstörung
- Andere

\_\_\_\_\_

### 2. Wie lautet die ärztliche Diagnose?

(Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

\_\_\_\_\_

### 3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

\_\_\_\_\_

### 4. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Einmalig
- Wiederholt, zuletzt? \_\_\_\_\_  
Wie oft? \_\_\_\_\_  
In welchen Abständen? \_\_\_\_\_
- Andauernd, seit: \_\_\_\_\_

### 5. Welche Ursachen sind oder waren für die psychischen Erkrankungen oder Beschwerden verantwortlich (z. B. Stress, berufliche oder innerfamiliäre Konflikte, traumatisches Ereignis)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankungen oder Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
- Medikamentös von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Welche Medikamente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie oft?  
\_\_\_\_\_

#### Ambulante Psychotherapie

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Anzahl der Sitzungen? \_\_\_\_\_

#### Krankenhaus- oder Kuraufenthalt

- erfolgt
- geplant

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Bitte legen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei

#### Andere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. Sind die Behandlungen abgeschlossen?

- Ja, seit \_\_\_\_\_
- Nein: Bitte machen Sie nähere Angaben?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Bestehen derzeit noch Beschwerden?

- Nein, keine Beschwerden mehr seit: \_\_\_\_\_

- Ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

zu versichernde Person: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

## Psychische / psychosomatische Erkrankungen

### 9. Haben Sie eine Selbstverletzung oder einen Selbsttötungsversuch unternommen?

- Nein  
 Ja, wann und durch welche Methode?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 13. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde Ihnen dies empfohlen?

- Nein  
 Ja, wann? \_\_\_\_\_  
Ursprünglicher Beruf? \_\_\_\_\_

Neuer Beruf? \_\_\_\_\_

### 10. Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel zu sich?

- Nein, noch nie  
 Ja, nicht mehr seit: \_\_\_\_\_  
 Ja, regelmäßig  
Falls ja  
 Oraler Konsum  
 Intravenöser Konsum  
Welche Drogen oder Betäubungsmittel?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 14. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 11. Besteht oder bestand eine Alkoholkrankheit?

- Nein  
 Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 12. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Beschwerden arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein  
 Ja, einmalig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Ja, mehrmals  
zuletzt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person  
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)