

## Zusatzklärung Nerven/Gemüt/Psyche

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen bezüglich gefahrerheblicher Umstände. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. In einigen Fragebereichen bieten wir zu Ihrer Erleichterung auch Antwortbeispiele für wichtige Angaben an. Diese sind nicht abschließend und ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Angaben, die Sie nicht dem Versicherungsvermittler gegenüber machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen. Bitte denken Sie daran: möglichst genaue und vollständige Antworten ersparen ggf. weitere Rückfragen und können somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung führen.

**Sie sind verpflichtet, sämtliche in dieser Zusatzklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Wenn Sie ein Antragsformular für Deutschland verwenden, beachten Sie dazu bitte auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Antrag.**

### Die Erkrankung/Beschwerden der Psyche treten/traten auf

- Einmalig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)
- Wiederholt Erstmals \_\_\_\_\_ (Datum) Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Datum)  
Wie oft im Jahr \_\_\_\_ mal Wie lange jeweils? \_\_\_\_\_ Wochen/ Monate
- Andauernd Seit wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

### Welche Beschwerden sind aufgetreten?

- |                                                                                            |                                              |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit                                                 | <input type="checkbox"/> Angst/Panikattacken | <input type="checkbox"/> Beklemmungen            |
| <input type="checkbox"/> Erregbarkeit                                                      | <input type="checkbox"/> Erschöpfung         | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (chronisch)                                         | <input type="checkbox"/> Krämpfe             | <input type="checkbox"/> Lähmungen               |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht                                                          | <input type="checkbox"/> Schwindel           | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken      |
| <input type="checkbox"/> Traurigkeit                                                       | <input type="checkbox"/> Zittern             | <input type="checkbox"/> zwanghaftes Verhalten   |
| <input type="checkbox"/> Sucht/Abhängigkeit                                                | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen     | <input type="checkbox"/> Essstörungen            |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden (Bitte mit eigenen Worten beschreiben) _____ |                                              |                                                  |

### Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?

- nein  ja, wann \_\_\_\_\_ (Datum)

### Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?

- |                                                                    |                                                                    |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erschöpfungssyndrom                       | <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom                           | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung        |
| <input type="checkbox"/> depressive Phase/Episode                  | <input type="checkbox"/> klimakterische Depression                 | <input type="checkbox"/> Major Depression              |
| <input type="checkbox"/> reaktive Depression                       | <input type="checkbox"/> exogene Depression                        | <input type="checkbox"/> endogene Depression           |
| <input type="checkbox"/> affektive Störung                         | <input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörung                       | <input type="checkbox"/> Belastungsstörung             |
| <input type="checkbox"/> Demenz                                    | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung                       | <input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexie/Bulimie) |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzminderung                      | <input type="checkbox"/> Verhaltensstörung                         | <input type="checkbox"/> sexuelle Störung              |
| <input type="checkbox"/> Neurasthenie                              | <input type="checkbox"/> neurotische Störung                       | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung        |
| <input type="checkbox"/> Phobie                                    | <input type="checkbox"/> Psychose                                  | <input type="checkbox"/> psychovegetative Störung      |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie                             | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                             |                                                        |
| <input type="checkbox"/> somatoforme Störung                       | <input type="checkbox"/> kindliche Verhaltens- und Emotionsstörung |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte genaue Bezeichnung) _____ |                                                                    |                                                        |

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

**Ist Ihnen die Ursache der psychischen Erkrankung(en) bekannt?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welche Ärzte/Therapeuten haben Sie wegen der psychischen Erkrankung in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)? Bei welchem Arzt/Therapeuten sind Sie derzeit noch in Behandlung?**

\_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie behandelt?**

Medikamentöse Therapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)  
Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben \_\_\_\_\_

Verhaltenstherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Psychotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum) Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung(en) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Die Therapie ist abgeschlossen seit \_\_\_\_\_ (Datum)

**War im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung ein Krankenhaus-/Kuraufenthalt erforderlich?**

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum); Bitte den Entlassungsbericht beifügen!

Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

**Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der psychischen Erkrankung?**

nein, folgenlos ausgeheilt/beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_ (Datum)

nein, der Zustand unter medikamentöser Therapie ist stabil seit \_\_\_\_\_ (Datum)

ja, welche \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen einer psychischen Erkrankung in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?**

nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?  nein  ja

Planen Sie einen solchen Wechsel?  nein  ja

Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person