SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
oder sofern angekreuzt
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Fragebogen Kopfschmerzen

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Versicherungsnummer (falls bekannt)	RINR (falls bekannt)	Datum der Antragstellung

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Versicherte Person: Geburtsdatum

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 3 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen 1-14 an die versicherte Person

Angaben zu Beschwerden / Störungen / Symptomen / Erkrankung(en)

1 Wann sind Ihre Kopfschmerzen erstmalig und wann zuletzt aufgetreten?

Erstmalig aufgetreten:
- ☐ Innerhalb der letzten 6 Monate
- ☐ Vor mehr als 6 Monaten

Zuletzt aufgetreten:
- ☐ Innerhalb der letzten 2 Jahre
- ☐ Vor mehr als 2 Jahren, aber innerhalb der letzten 3 Jahre
- ☐ Vor mehr als 3 Jahren

2 Wie häufig leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- ☐ Sehr selten (an weniger als 12 Tagen pro Jahr)
- ☐ Selten (an 1-2 Tagen pro Monat)
- ☐ Häufig (an 3-7 Tagen pro Monat)
- ☐ Sehr häufig (an mehr als 7 Tagen pro Monat)

3 Litten oder leiden Sie schon einmal unter anhaltenden Kopfschmerzen für mehr als 15 Tage?

☐ Nein ☐ Ja

4 Nehmen Ihre Kopfschmerzen in der Schwere, Dauer oder Häufigkeit zu?

☐ Nein ☐ Ja

5 Bitte machen Sie nähere Angaben zu Art / Typ Ihrer Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen sind:
(Mehrfachnennungen möglich)
- ☐ Überwiegend einseitig
- ☐ Überwiegend beidseitig
- ☐ Von pochendem / pulsierendem / stechendem Charakter
- ☐ Mit plötzlichem / anfallsartigem Beginn
- ☐ Begleitet von Lärm- / Geruchs- / Lichtempfindlichkeit
- ☐ Begleitet von Übelkeit und / oder Erbrechen
- ☐ Begleitet von visuellen / motorischen / neurologischen Symptomen (wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen, Benommenheit, Schwindel)
- ☐ Sonstiges (Möglichkeit für weitere Angaben): _____

_____

_____

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

6 Besteht bereits eine ärztliche Diagnose Ihrer Kopfschmerzerkrankung? Wenn ja, welche?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

- ☐ Spannungskopfschmerz
- ☐ Migräne ohne Aura
- ☐ Migräne mit Aura
- ☐ Cluster Kopfschmerzen / Bing-Horton-Kopfschmerzen
- ☐ Medikamenteninduzierte Kopfschmerzen (durch Medikamente ausgelöst)
- ☐ Sonstige (Welche?): _____

7 Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen im ursächlichen oder zeitlichen Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung/ Beschwerden auf? (Bitte kreuzen Sie an und machen ggf. nähere Angaben. Mehrfachnennungen möglich.)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

- ☐ Neurologische Erkrankungen wie z. B. Gehirntumor (Welche?): _____
- ☐ Psychische/ psychosomatische Erkrankungen (Welche?): _____
- ☐ Sonstige (Welche?): _____

Angaben zu Behandlung(en) und Therapie(n)

8 Sind oder waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen bereits in Behandlung (ambulant und / oder stationär) oder werden / wurden Untersuchungen vorgenommen? (Bitte kreuzen Sie an und machen ggf. nähere Angaben.)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Wann?	**Behandler** (Name)	**Behandler** (Adresse)

9 Sind derzeit noch Untersuchungen ausstehend bzw. noch nicht abgeschlossen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar (Bitte machen Sie nähere Angaben): _____

10 Wie häufig nehmen oder nahmen Sie aufgrund der Kopfschmerzen Medikamente?

- ☐ Gar nicht
- ☐ Selten (nur bei Bedarf: An 1-2 Tagen pro Woche)
- ☐ Häufig (maximal 2 Wochen pro Monat regelmäßige tägliche Medikamenteneinnahme)
- ☐ Prophylaxemedikation (regelmäßig täglich für einen Zeitraum von mehreren Monaten zur Vorbeugung)
- ☐ Dauermedikation (regelmäßige tägliche Einnahme von Medikamenten oder Medikamentenkombinationen)
- ☐ Sonstiges (Möglichkeit für weitere Angaben): _____

11 Ist für Ihre Kopfschmerzen voraussichtlich auch weiterhin eine Behandlung (z. B. Medikamenteneinnahme, Akkupunktur etc.) erforderlich?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar (Bitte machen Sie nähere Angaben): _____

Angaben zu Auswirkungen auf Alltag und Beruf

12 Wie häufig sind Sie *erfahrungsgemäß pro Jahr* aufgrund von Kopfschmerzen arbeitsunfähig?

- ☐ Gar nicht
- ☐ Sehr selten (insgesamt maximal 1 Woche Arbeitsunfähigkeit pro Jahr)
- ☐ Selten (insgesamt mehr als 1 Woche und bis zu 2 Wochen Arbeitsunfähigkeit pro Jahr)
- ☐ Häufig (insgesamt mehr als 2 Wochen Arbeitsunfähigkeit pro Jahr)
- ☐ Sehr häufig (mehr als 7 Tage pro Monat)

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

13 Waren Sie *innerhalb der letzten 6 Monate* aufgrund von Kopfschmerzen arbeitsunfähig?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar (Bitte geben Sie nachfolgend den Zeitraum / die Zeiträume an):

Zeitraum (fortlaufende Nr.)	**Von** (TT.MM.JJJJ)	**Bis** (TT.MM.JJJJ)	**Zeitraum** (fortlaufende Nr.)	**Von** (TT.MM.JJJJ)	**Bis** (TT.MM.JJJJ)
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

14 Beeinflussen Ihre Kopfschmerzen Ihre Alltagsaktivitäten bzw. Ihr tägliches Leben?

☐ Nein ☐ Ja (Inwiefern? Bitte machen Sie nähere Angaben): _____

_____

_____

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist	Eigenhändige Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist
	Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.		