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

SIGNAL IDUNA

Fragebogen Psyche und Psychosomatik

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 1-13 an die versicherte Person

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

1 An welchen Beschwerden / Störungen / Symptomen leiden bzw. litten Sie, bzw. wie äußern sich diese? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Erschöpfung / Müdigkeit
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Angstzustände
- ☐ Essstörungen
- ☐ Stress
- ☐ Sucht / Abhängigkeit
- ☐ Selbsttötungsgedanken geäußert / Selbsttötungsversuch unternommen
  (Was genau? Wann?): _____
- ☐ Selbstverletzung(en) (Welche? Wann?): _____
- ☐ Sonstige (Welche?): _____

2 Besteht bereits eine ärztliche Diagnose? Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

- ☐ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) / Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- ☐ Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung/-schwäche) / Dyskalkulie (Rechenstörung/-schwäche)
- ☐ Anpassungs-/Belastungsstörung(en)
  - ☐ Trauerreaktion aufgrund eines Todesfalles
  - ☐ Belastungsstörung / Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
  - ☐ Sonstige (Welche?): _____
- ☐ Angststörung(en) / Phobie(n)
  - ☐ Spezifische Phobie(n)
    - ☐ Höhenangst, Flugangst, Platzangst, Tierphobie
    - ☐ Prüfungsangst / Prüfungsstress
    - ☐ Sonstige (Welche?): _____
  - ☐ Soziale Phobie
  - ☐ Sonstige (Welche?): _____
- ☐ Burnout Syndrom
- ☐ Depression
- ☐ Erschöpfung / Erschöpfungszustand
- ☐ Sonstige (Welche?): _____

3 Wie oft treten bzw. traten die Beschwerden / Störungen / Symptome / Erkrankung(en) auf?

☐ Einmalig (Wann genau? Datum / Zeitraum): _____

☐ Mehrfach, und zwar erstmals (MM.JJJJ): ____ . _____ und zuletzt (MM.JJJJ): ____ . _____

☐ Andauernd (Seit wann?): _____

4 Sind die Ursachen für Ihre Beschwerden / Störungen / Symptome / Erkrankung(en) bekannt oder sind Ihnen Auslöser aufgefallen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

☐ Die Ursache(n) / Auslöser besteht/bestehen nicht mehr

☐ Die Ursache(n) / Auslöser besteht/bestehen weiterhin

5 Sind Sie derzeit beschwerdefrei?

☐ Nein ☐ Ja (Seit wann?): ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

Angaben zu Behandlung(en) und Therapie(n)

6 Sind oder waren Sie wegen Ihrer Beschwerden / Störungen / Symptome / Erkrankung(en) in Behandlung bzw. Therapie?
(Bitte kreuzen Sie an und machen ggf. nähere Angaben. Mehrfachnennungen möglich.)

☐ Keine Behandlung

☐ Medikamentöse Behandlung
Medikament(e): _____
Einnahme: ☐ regelmäßig ODER ☐ bei Bedarf
Dosis: _____
Zeitraum von: _____ bis: _____

☐ Ambulante Psychotherapie
(Bitte Therapiebericht beifügen)
Zeitraum von: _____ bis: _____
Anzahl der Sitzungen (Pro Monat): _____
Name und Anschrift des Behandlers: _____
_____
_____

☐ Stationäre Therapie
(Bitte Entlassungsbericht beifügen)
Zeitraum von: _____ bis: _____
Name und Anschrift des Behandlers: _____
_____
_____

☐ Stationäre Kur- oder Reha-Behandlung
(Bitte Entlassungsbericht beifügen)
Zeitraum von: _____ bis: _____
Name und Anschrift des Behandlers: _____
_____
_____

☐ Andere Therapien
Welche? _____
Zeitraum von: _____ bis: _____
Name und Anschrift des Behandlers: _____
_____
_____

7 Ist / sind Ihre Therapie(n) / Behandlung(en) erfolgreich abgeschlossen?

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

Angaben zu Ausbildung / Beruf (Allgemein sowie im Zusammenhang mit den Beschwerden / Störungen bzw. der Erkrankung)

8 Welche Ausbildung haben Sie erfolgreich abgeschlossen?

☐ Keine ☐ Schulabschluss (Wann abgeschlossen? Welchen Abschluss?) _____

☐ Berufsausbildung / Lehre (Wann abgeschlossen? Welchen Abschluss?) _____

☐ Studium (Wann abgeschlossen? Welchen Abschluss?) _____

9 Seit wann sind Sie im Beruf tätig?
(Sofern Sie sich noch in Ausbildung / Studium befinden und noch keiner Berufstätigkeit nachgehen, weiter mit Frage 10)

____ . _____ (MM.JJJJ)

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

10 Waren oder sind Sie wegen Ihrer Beschwerden / Störungen / Erkrankung arbeitsunfähig?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar von: _____ bis: _____ (und)
von: _____ bis: _____

11 Streben Sie einen Berufs- / Tätigkeitswechsel an oder ist dieser aufgrund Ihrer Beschwerden / Störungen / Erkrankung bereits erfolgt bzw. wurde Ihnen dazu geraten?

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

12 Führen oder führten die Beschwerden / Störung(en) / Erkrankung(en) zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit?

☐ Nein ☐ Ja (In welcher Hinsicht? Bitte machen Sie nähere Angaben): _____

Weiterführende Unterlagen / Befundberichte

13 Liegen Ihnen medizinische Unterlagen und/oder ärztliche Befundberichte zu den von Ihnen gemachten Angaben vor?

☐ Nein ☐ Ja (Bitte fügen Sie diese bei)

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.		