



Depression - Z 7

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Unter welchen Beschwerden / Symptomen haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?

2. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z. B. reaktive Depression, Zylothymie, etc.)

3. Wann trat die Erkrankung erstmals auf? (Monat/Jahr)

4. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden nennen? (z. B. berufliche oder private Probleme, starken Stress, Konfliktsituation, o.ä.)

5. Sind diese Ursachen inzwischen behoben oder besteht die Aussicht auf Besserung? Falls ja, bitte nähere Erläuterung.

6. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann? Ja, seit Nein

7. Sind Rückfälle aufgetreten? Wann? Ja, am Nein

8. Falls es sich um ein chronisches, immer wiederwiederkehrendes Leiden handelt, wie oft und wann traten bisher Schübe auf? Wie lange dauerten die Beschwerden im Allgemeinen?

9. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, wann? Welche? Dosierung?

10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?

11. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

12. Fanden stationäre Krankenhausbehandlungen oder Kuraufenthalte statt?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wann und wo? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

13. Bitte machen Sie Angaben zur privaten \_\_\_\_\_ Situation (z. B. verheiratet, getrennt lebend, in ständiger Partnerschaft, Single etc., seit wann) \_\_\_\_\_

14. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung  Ja  Nein arbeitsunfähig gewesen?  Ja  Nein  
 Dauer? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

15. Welchem Beruf gehen Sie nach, seit wann? Beruf: \_\_\_\_\_  
 seit: \_\_\_\_\_

16. Haben Sie aus persönlichen Gründen, wegen Konflikten oder aufgrund von psychischer Belastung, starkem Stress o. Ä. schon einmal einen Berufswechsel vorgenommen?  Ja  Nein

17. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?  Ja  Nein (Bitte hierzu nähere Angaben: Wann, wie oft?)

18. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
 Datum                      Unterschrift der zu versichernden Person                      Unterschrift des Antragstellers