



HanseMerkur

Psychosomatischer Beschwerdekomples - Z 22

Versicherungsscheinnr: /
 Versicherte Person:
 Geburtsdatum:
 Berufliche Tätigkeit:

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

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Burn-Out-Syndrom, reaktive Depression o.Ä.)?

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

Symptome	Ja / Nein	Dauer oder Zeitraum
Herzjagen, Schwindel, Herzstiche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Magen- Darmstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
_____ (Sonstige)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
_____ (Sonstige)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____

3. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? Seit wann? Ja, seit _____ Nein

4. Sind Rückfälle aufgetreten? Wann? Ja, am _____ Nein

5. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Ja, von _____ bis _____ Nein
 Wenn ja, wann? Welche? Dosierung?

Wenn ja: Regelmäßig/ bei Bedarf mit: _____ Dosierung: _____
 Regelmäßig/ bei Bedarf mit: _____ Dosierung: _____

6. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang? Ja Nein
 Art: _____ Menge _____ pro Tag
 Art: _____ Menge _____ pro Tag

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

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

8. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung Ja Nein
 arbeitsunfähig gewesen?
 Dauer? von _____ bis _____
 von _____ bis _____
 von _____ bis _____
9. Fanden stationäre Krankenhausbehandlungen oder Ja, von _____ bis _____ Nein
 Kuraufenthalte statt? Wenn ja, wann und wo?
 Krankenhaus/Kuranstalt _____
10. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden _____
 nennen? (z. B. berufliche oder private Probleme,
 starken Stress o. Ä.) _____
11. Wenn ja, sind diese Ursachen inzwischen behoben _____
 oder besteht die Aussicht auf Besserung?
 Falls ja, bitte nähere Erläuterung. _____
12. Haben Sie aus persönlichen Gründen, wegen Ja Nein
 Konflikten oder aufgrund von psychischer
 Belastung, starkem Stress o. Ä. schon einmal
 einen Berufswechsel vorgenommen?
13. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen? Ja Nein
 (Bitte hierzu nähere Angaben: Wann, wie oft?)

14. 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