



HanseMercur

Selbstauskunft	Epilepsie/Krampfanfälle
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

1. Wie lautet die vollständige Diagnose? (Epilepsie, Krampfanfall, fokaler Anfall, etc.)	_____	
2. Seit wann besteht die Erkrankung?	_____	
3. Nennen Sie uns die letzten drei Anfälle (Monat/Jahr):	1. _____	2. _____ 3. _____
4. Wie lange dauerten diese ungefähr an?	_____	
5. Wie äußern sich die Anfälle?	<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Stürze <input type="checkbox"/> allg. Verletzungen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6. Sind Ihnen die Ursachen/Auslösemechanismen für die Anfälle bekannt? (z.B. Alkohol-, Drogenmissbrauch, Schlafentzug, Fernsehen, Stress, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	
7. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Name	Dosierung
	_____	_____

Bitte Rückseite beachten

Sofern es zur Antragsannahme kommt, bin ich mit der nachfolgenden Ausschlussklausel einverstanden:

In Abänderung der Ziffer 5.1.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen: "Unfälle und deren Folgen, die durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle verursacht worden sind"

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen
(unter 18 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/in)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antrages bzw. Vertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen
(unter 18 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Die ausgefüllte und unterschriebene Selbstauskunft schicken Sie bitte an:

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

Abteilung SB2

Team Risikoprüfung

Siegfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg

Telefon: (040) 4119 4860

E-Mail: shu-risikopruefung@hansemerkur.de