

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Kopfschmerzen

1. Welche Form von Kopfschmerzen liegt vor?

- Spannungskopfschmerz
- Migräne
 - mit Aura
 - ohne Aura
- Cluster-Kopfschmerz
- Kopfschmerz durch Medikamenteneinnahme verursacht
- Kopfschmerz ohne nähere Bezeichnung

2. Haben Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen zusätzliche Beschwerden?

- nein
- Sehstörungen
- Sprachstörungen
- Schwindel
- Erbrechen, Übelkeit
- Gefühllosigkeit der
 - Zunge
 - Arme
 - Beine
- Andere

3. Bitte geben Sie folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an: Wann zuletzt aufgetreten?

Häufigkeit

- maximal 1 - 2 Tage pro Monat
- 3 - 7 Tage pro Monat
- mehr als 7 Tage pro Monat

Arbeitsunfähigkeits-Zeiten bzw. Befreiung vom Unterricht wegen Kopfschmerzen

Pro Episode

- keine
- maximal 1 Woche
- bis zu 2 Wochen
- mehr als 2 Wochen

Pro Jahr

- maximal 1 Woche
- bis zu 2 Wochen
- mehr als 2 Wochen

Beschreibung der Kopfschmerzen/Symptome

(Mehrfachnennungen möglich)

- Schmerzen, deren Intensität das tägliche Leben oder die Arbeitsfähigkeit bzw. Teilnahme am Unterricht nicht beeinflussen
- Schmerzen, deren Intensität keinen schwerwiegenden Einfluss auf das tägliche Leben oder die Arbeitsfähigkeit bzw. Teilnahme am Unterricht haben
- Schmerzen, deren Intensität das tägliche Leben oder die Arbeitsfähigkeit bzw. Teilnahme am Unterricht beeinträchtigen
- Schmerzen, die auf andere Stellen im Körper übergreifen oder mit weiteren Schmerzsyndromen assoziiert sind
- Schmerzen mit zusätzlichen Symptomen wie Fieber, Gewichtsverlust oder körperlichem Unwohlsein

4. Wurde eine Untersuchung des Schädels durchgeführt (z. B. Kernspintomographie)?

- Nein
- Ja, welche?

_____ wann?

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Kopfschmerzen

5. Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein
 Ja, welche?

In welchem Zeitraum?

Wie oft?

- nur bei Bedarf _____ mal pro Woche
 regelmäßig (nicht mehr als 2 Wochen pro Monat)
 regelmäßig (täglich) oder mit mehr als einem Präparat oder zur Vorbeugung (Prophylaxe)

6. Treten oder traten die Kopfschmerzen im

Zusammenhang mit einer Erkrankung auf (z. B.

Aneurysma, Tumor, Zyste, orthopädische Erkrankung)?

- Nein
 Ja, welche?

wann?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

7. Leiden oder litten Sie an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen / Beschwerden?

- Nein
 Ja, welche?

wann?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

(bitte beantworten Sie den zusätzlichen Fragebogen „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)

8. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)