

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Covid-19 - Erkrankung

1. Wurde bei Ihnen eine COVID-19 Infektion festgestellt?

- Ja, am _____
- Nein

2. Erfolgte eine vollständige und folgenlose Ausheilung?

- Ja seit _____
- Nein

Falls nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen noch?

- Lungenfibrose
- Chronische Niereninsuffizienz
- Kurzatmigkeit
- Kardiovaskuläre Störungen (z. B. Blutdruck, Blutfette, Blutzucker, Gewichtsveränderungen)
- Thrombose / Blutgerinnungsstörungen
- Müdigkeit / Abgeschlagenheit
- Psychische Störungen
- Muskel- und/oder Gelenkschmerzen
- Hautirritationen
- Husten
- Kopfschmerzen
- Schwindelgefühle
- Müdigkeit / Abgeschlagenheit
- Gedächtnisstörungen
- Mangelnde Konzentrationsfähigkeit

Wann zuletzt? _____

3. War ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

- Nein
- Ja, von _____ bis _____

Wenn ja, mit Beatmung?

- Nein
- Ja

4. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

5. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- Ja
- Nein, welche Einschränkung bestehen?

6. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Berufs-/ Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?

- Nein
- Ja, wann _____

Weshalb _____

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)