



Fragebogen Coronavirus-Infektion (Covid-19)

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Datum

1. Wann wurden Sie positiv auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) getestet?

(Monat/Jahr)

2. Welche der folgenden Symptome traten bzw. treten bei Ihnen im Zusammenhang mit der Erkrankung auf? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, -beschwerden (Myalgie) |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Hautausschläge oder Verfärbungen der Zehen oder Finger |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Verlust von Sprache oder Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Diarrhöe | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Druck auf der Brust |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Keines der genannten |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges – Bitte machen Sie nähere Angaben: |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="text"/> |

3. Wurden Sie aufgrund Ihrer Coronavirus-Infektion im Krankenhaus behandelt?

- Nein**
 Ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

Wie lange? Von Datum (Tag/Monat/Jahr) bis Datum (Tag/Monat/Jahr)

Wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?

- Nein**
 Ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

Wie lange? Von Datum (Tag/Monat/Jahr) bis Datum (Tag/Monat/Jahr)

4. Welche Behandlung haben Sie aufgrund Ihrer Coronavirus-Infektion erhalten?

- Keine Behandlung
 Sauerstoff-Therapie
 Unterstützte Beatmung (z. B. High-Flow-Nasensauerstoff, CPAP, BiPAP, Helmbatmung usw.)
 Dialyse
 Medikamente Operation Sonstiges

Bitte Präparat und Dosis angeben:

Bitte Art der Operation angeben:

Bitte angeben:

5. Ist bei Ihnen während Ihrer Coronavirus-Infektion eine der folgenden Komplikationen aufgetreten?

- Beteiligung von Organen
- Lunge (z. B. Lungenerkrankung - einschließlich Lungenentzündung, Embolie, akutes oder chronisches Atemversagen usw.)
 - Herz (Myokardinfarkt, Myokarditis, akute oder chronische Herzinsuffizienz usw.)
 - Niere (Nierenversagen etc.)
 - sonstiges – Bitte machen Sie nähere Angaben:

**Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).
Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.**



- Schlaganfall
- Hypertonie (neu diagnostiziert)
- Diabetes (neu diagnostiziert)
- Neurologische Symptome (z. B. Konzentrationsstörungen, Gedächtnisverlust, Krampfanfälle usw.)
- Septischer Schock
- Sonstiges – Bitte machen Sie nähere Angaben:

6. Sind bei Ihnen als Reaktion auf Ihre Coronavirus-Infektion psychische Beschwerden aufgetreten?

- Nein**
- Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben:
 - Angststörung
 - Depression
 - Gedrückte Stimmung
 - Psychose
 - Sonstiges – Bitte machen Sie nähere Angaben:

7. Haben Sie sich von Ihrer Coronavirus-Infektion vollständig erholt?

- Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben: Seit wann Datum (Tag/Monat/Jahr)
- Nein**, machen Sie bitte nähere Angaben: Welche Symptome treten bei Ihnen derzeit auf?

Befinden Sie sich noch in (nicht/medizinischer) Behandlung?

- Nein** **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben:

8. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Adresse Ihres behandelnden Arztes/Ihrer behandelnden Ärzte mit:

- Hausarzt Internist Sonstige
-

Name, Anschrift

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

- Zusätzliche Angaben sind beigefügt Es folgen noch Angaben Anzahl Extrablätter:
- Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Vers.-nehmer) Unterschrift(en) ges. Vertreter

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover