

# Fragebogen Coronavirus (SARS-CoV-2)-Infektion

Kundenfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. - Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen.

## 1 Persönliche Angaben

Name/Vorname/Titel/Firmenname

Geburtsdatum

Genauere Berufsbezeichnung:

Versicherungsnummer

## 2 Gesundheitsfragen

### 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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber                  | <input type="checkbox"/> Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn               |
| <input type="checkbox"/> Husten                  | <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     | _____   |

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

- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben  
Wie lange? Von (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)  
Wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?  
 Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Wie lange? Von (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)  
 Nein  
 Nein

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

- Keine Behandlung  
 Sauerstoff-Therapie  
 Unterstützte Beatmung (z. B. High-Flow-Nasensauerstoff, CPAP, BiPAP, Helmbeatmung usw.)  
 Dialyse  
 Medikamente - Bitte Präparat und Dosis angeben: \_\_\_\_\_  
 Operation - Bitte Art der Operation angeben: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges - 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 fügen Sie – soweit vorhanden – vorliegende Untersuchungsbefunde, Arzt- und/oder Krankenhausberichte in Kopie bei.

- Schlaganfall
- Hypertonie (neu diagnostiziert)
- Diabetes (neu diagnostiziert)
- Dialyse
- 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?**

- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:
  - Angststörung
  - Depression
  - Gedrückte Stimmung
  - Psychose
  - Sonstiges - Bitte machen Sie nähere Angaben:

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

- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:  
Seit wann?  (Monat/Jahr)

- Nein - Bitte machen Sie nähere Angaben:

Welche Symptome treten bei Ihnen derzeit auf? 

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

- Ja - Bitte machen Sie nähere Angaben:
- Nein

**8. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Adresse Ihres behandelnden Arztes / Ihrer behandelnden Ärzte mit:**Name Adresse **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
- Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben
- Es folgen noch Angaben; Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_\_

**3. Schlusserklärung**

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 <b>Versichernehmers</b>	Unterschrift der zu <b>versichernden Person</b> , (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) <b>gesetzliche Vertreter</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>