

Zusatzklärung (COVID-19)

Antrags-/Vertrags-Nr.

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

1. Wurden Sie positiv auf COVID-19 (Corona-Virus-Infektion) getestet?
 nein ja, am

2. Welche der folgenden Symptome traten bei Ihnen im Zusammenhang mit der Infektion auf oder bestehen noch?

<input type="checkbox"/> keine, die Erkrankung verlief/verläuft völlig symptomlos <input type="checkbox"/> leichte Erkältungssymptome wie Husten, Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden wie Bauchschmerzen, Durchfälle <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit/Atemnot	<input type="checkbox"/> Müdigkeit/Erschöpfung <input type="checkbox"/> Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn <input type="checkbox"/> Konzentrations-/Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, -beschwerden, Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Hautausschlag <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
---	---

3. Wurden/werden Sie aufgrund der vorgenannten Beschwerden ärztlich behandelt?
 nein
 ja, und zwar

<input type="checkbox"/> ambulant	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> stationär auf einer Normalstation	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
(bitte reichen Sie den Krankenhausentlassungsbericht mit ein)		
<input type="checkbox"/> stationär auf einer Intensivstation	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
(bitte reichen Sie den Krankenhausentlassungsbericht mit ein)		

4. Sind während Ihrer Erkrankung Komplikationen aufgetreten?
 nein
 ja, und zwar

<input type="checkbox"/> Beteiligung von Organen:
<input type="checkbox"/> Lunge (z.B. Lungenentzündung, Lungenembolie, Asthma, Atemversagen, usw.)
<input type="checkbox"/> Herz (z.B. Herzmuskelentzündung, Herzschwäche, Herzinfarkt, usw.)
<input type="checkbox"/> Niere (z.B. Nierenversagen o.Ä.)
<input type="checkbox"/> Schlaganfall, neu aufgetretener Bluthochdruck oder Diabetes (Zuckerkrankheit), neurologische Symptome (z.B. Konzentrationsstörungen, Gedächtnisverlust, Krampfanfälle, usw.)? Welche?
<input type="checkbox"/> psychische Beschwerden (z.B. Angst, Depression, Antriebslosigkeit, Psychosen, usw.) (Bitte beantworten Sie die Zusatzklärung „Psychische und neurologische Erkrankungen“)

5. Haben Sie sich von der Corona-Infektion vollständig erholt und gehen Sie wieder Ihrer beruflichen Tätigkeit in gleichem Umfang wie vor der Erkrankung nach?
 ja, seit
 nein, da noch folgende Symptome bestehen:
 nein, da nach längerer Beschwerdefreiheit folgende Symptome neu aufgetreten sind:

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Wichtiger Hinweis:
 Die unvollständige oder unrichtige Beantwortung der Fragen kann den Versicherer berechtigen, je nach Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung, vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder rückwirkend anzupassen (Ausschluss eines Risikos oder Anhebung der Prämie), was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Mehr zu diesem Thema entnehmen Sie bitte den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in Ihrem Antrag.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort Datum

Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift des gesetzlichen Vertreters