

Swiss Life
Lebensversicherung SE
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN COVID-19

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Wurde bei Ihnen eine Coronainfektion/ COVID-19-Erkrankung diagnostiziert?

- ☐ ja, wann _____
☐ nein

2. Wie wurde die Infektion/Erkrankung diagnostiziert? (wenn vorliegend, bitte Befundberichte in Kopie beifügen)

- ☐ PCR-Labortest, Antigen-Test
☐ Antikörpertest
☐ bildgebende Diagnostik z. B. Röntgen, Computertomografie, MRT
☐ aufgrund des symptomatischen Krankheitsbildes
☐ sonstiges _____

3. Wie wurde die akute Infektion/Erkrankung behandelt?

- ☐ nachträgliche Diagnosestellung, keine Maßnahmen durchgeführt
☐ keine medizinische Behandlung erforderlich, ggf. Selbstisolation/Quarantäne
☐ nur ambulante Behandlung
☐ stationäre Behandlung in einem Krankenhaus bzw. einer anderen stationären Behandlungseinrichtung (bitte Entlassungsbericht in Kopie beifügen)

4. Unter welchen Beschwerden haben Sie während der akuten Erkrankung gelitten und wie lange haben diese Beschwerden gedauert? Bitte machen Sie Angaben zum Verlauf der Beschwerden.

5. Unter welchen Beschwerden haben Sie nach der akuten Erkrankung gelitten und wie lange haben diese Beschwerden gedauert? Bitte machen Sie Angaben zum Verlauf der Beschwerden.

6. Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt?

- ☐ ja, seit wann _____
☐ nein, noch bestehende Beschwerden
- ☐ körperliche Leistungsfähigkeit
 - ☐ geistige Leistungsfähigkeit
 - ☐ leichte Erschöpfbarkeit, Konzentration, Stimmungslage, Schlafstörungen
 - ☐ Schmerzen (Kopf, Brust, Muskel, Gelenke)
 - ☐ Schwindel
 - ☐ Geruchs- bzw. Geschmacksempfinden
 - ☐ sonstiges _____

FRAGEBOGEN COVID-19

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

7. Wie wurden Sie nach der akuten Erkrankung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus/ der Behandlungseinrichtung weiter behandelt? (bitte Befundbericht in Kopie beifügen)

- ☐ keine Nachbehandlung erforderlich
☐ ambulante Nachbehandlung (bitte nähere Angaben)

- ☐ Tagesklinik, ambulante oder stationäre Reha

8. Welche weiteren Empfehlungen wurden ausgesprochen?

9. Können Sie Ihre übliche Arbeit/Tätigkeit aus medizinischer Sicht wieder uneingeschränkt ausüben?

- ☐ ja, seit wann _____
☐ nein, welche Einschränkungen bestehen

10. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name und vollständige Adresse)

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter