

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen bezüglich gefahrerheblicher Umstände. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. In einigen Fragebereichen bieten wir zu Ihrer Erleichterung auch Antwortbeispiele für wichtige Angaben an. Diese sind nicht abschließend und ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Angaben, die Sie nicht dem Versicherungsvermittler gegenüber machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen. Bitte denken Sie daran: möglichst genaue und vollständige Antworten ersparen ggf. weitere Rückfragen und können somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung führen.

**Sie sind verpflichtet, sämtliche in dieser Zusatzklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Wenn Sie ein Antragsformular für Deutschland verwenden, beachten Sie dazu bitte auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 dieses Antrages.**

### An welchen Erkrankungen des Magens leiden oder litten Sie?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür (Ulkus) | <input type="checkbox"/> Magenblutungen                     | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis                      |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen            | <input type="checkbox"/> Magentumor / -krebs                | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung (Gastritis) |
| <input type="checkbox"/> Barrett-Syndrom       | <input type="checkbox"/> Sonstige Magenenerkrankungen _____ |   |

### An welchen Erkrankungen des Darms leiden oder litten Sie?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Darmgeschwür (Ulkus)          | <input type="checkbox"/> Darmpolypen                  | <input type="checkbox"/> Darmverschluss                                       |
| <input type="checkbox"/> Darmtumor / -krebs            | <input type="checkbox"/> Blinddarmreizung/-entzündung | <input type="checkbox"/> Darmentzündung / Morbus Crohn                        |
| <input type="checkbox"/> Darmblutungen                 | <input type="checkbox"/> Reizdarm / Darmneurose       | <input type="checkbox"/> Dickdarmausstülpungen (Divertikulose/Divertikulitis) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Darmerkrankung _____ |   |   |

### Die Erkrankung ist aufgetreten:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> akut/einmalig<br>erstmalig am _____ (Datum) | <input type="checkbox"/> chronisch/wiederkehrend; wie häufig? _____ mal (im <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr)<br>zuletzt am _____ (Datum) |
|--|---|

Welche Ärzte haben Sie deshalb in den **letzten 5 Jahren** untersucht/behandelt? (Name, Anschrift): von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)Welcher Arzt behandelt / kontrolliert Sie **derzeit** noch? (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

### Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?

- |                               |                             |                             |                    |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | von _____ bis _____ (Datum) | Einrichtung? _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|

### Welche Untersuchungen wurden ambulant oder stationär vorgenommen?

(Bitte Befunde beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenspiegelung (Gastroskopie) | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung (Laparoskopie) | <input type="checkbox"/> Enddarmspiegelung (Rektoskopie) |
| <input type="checkbox"/> Darmspiegelung (Koloskopie)    | <input type="checkbox"/> Ultraschall (Sonographie)      | <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung                |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____                 |   |  |

### Wie wurde/wird die Erkrankung behandelt?

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Operation(en), welche? _____ | am _____ (Datum) |
|---|------------------|

Der Gewebefebund war  gutartig  bösartig

Die TNM-Einstufung lautet \_\_\_\_\_ (Bitte Befunde und Histologie beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können.)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Chemo/Strahlentherapie? Wann? Wie viele Zyklen? _____ |
|--|

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente? Welche? _____ |
|---|

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Einnahme | <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____ (Datum) |
|---|---|--|

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

**Die Symptome/Beschwerden**

Bestehen nicht mehr seit \_\_\_\_\_ (Datum)

haben sich verbessert

bestehen unverändert

haben sich verschlechtert

**Welche Beschwerden bestehen derzeit noch?** \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen der Magen-/Darmbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen am Stück arbeitsunfähig?**

nein

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

**X**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der zu versichernden Person**