

Zusatzklärung Herz- / Kreislaufkrankungen

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 im Antrag.

Welche Diagnose hat der behandelnde Arzt gestellt?

- erhöhter / erniedrigter Blutdruck ► **Sind vom Arzt ausschließlich Blutdruckbeschwerden ohne Ursache oder andere Grunderkrankungen festgestellt worden, genügt die Zusatzklärung „Bluthochdruck“!** ◀
- Herzrhythmusstörungen Herzklappenfehler / -prolaps / -insuffizienz
- Angina pectoris Herzmuskelentzündung / Herzmuskelschaden
- Herzinfarkt Koronare Herzerkrankung
- Sonstiges _____

Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren deshalb beraten und behandelt? Welcher davon derzeit?

Welche Operationen wurden in den letzten 10 Jahren diesbezüglich durchgeführt?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Haben Sie Bluthochdruck? Wenn ja, wie lauten die letzten Blutdruckwerte? _____ / _____ (syst/diast)

Wurden erhöhte Blutfettwerte festgestellt?

nein ja, falls bekannt: Cholesterin: _____ Triglyceride: _____ HDL: _____ LDL: _____

Bestehen / bestanden bei Eltern Geschwistern Herz- / Kreislaufkrankungen / erhöhte Blutfettwerte?

nein ja, welche Erkrankung? _____

Erfolgten bzw. sind zukünftig geplant:

Überweisung zum Kardiologen nein ja

Spezialuntersuchungen (z.B.: Belastungs-EKG, Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung) nein ja

Krankenhaus- / Kur- / Reha-Aufenthalte nein ja

Weitere Operationen (auch Implantation eines Schrittmachers oder Defibrillators) nein ja

Bei „ja“ bitte Befunde beifügen oder genauere Angaben (Art der Untersuchung, Zeitpunkt, Name, Anschrift des Arztes / der Einrichtung):

Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? _____

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person