

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 der Nieren / Harnwege leiden oder litten Sie?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Harnröhren- / Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Harnleiterverengung | <input type="checkbox"/> Harnleiter- / Nierenstein |
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Nephrose | <input type="checkbox"/> einzelner Stein <input type="checkbox"/> mehrere Steine |
| <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Hydronephrose |
| <input type="checkbox"/> bis zu 2 unkomplizierte Nierenzysten | <input type="checkbox"/> suspekte oder mehr als 3 Nierenzysten | |
| <input type="checkbox"/> Schrumpf- / Einzelniere ▶ | <input type="checkbox"/> angeboren ▶ | <input type="checkbox"/> Sonstiger Grund _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Die Erkrankung ist aufgetreten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rechtsseitig | <input type="checkbox"/> linksseitig |
| <input type="checkbox"/> akut / einmalig | <input type="checkbox"/> chronisch / wiederkehrend: Wie häufig? _____ mal (im <input type="checkbox"/> Monat, im <input type="checkbox"/> Jahr) |
- erstmalig am _____ (Datum) zuletzt am _____ (Datum)

War in den letzten 10 Jahren deshalb ein Krankenhaus-, Sanatoriums-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

- nein ja, wann _____ (Datum)

Name und Ort der Einrichtung: _____

Welche der folgenden Erkrankungen wurde noch festgestellt?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung (z.B: Cholesterinerhöhung) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> auffällige Urinwerte _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

(Bitte Befunde, Laborwerte und / oder Messergebnisse beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können.)

Wie wurde / wird die Erkrankung therapiert?

- Operation
welche? _____ am _____ (Datum)

Der Gewebefebefund war gutartig bösartig, die TNM-Einstufung lautet _____
(Bitte Befunde beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können.)

- Stoßwellentherapie / Steinertrümmerung
- Medikamente, welche? _____
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Einnahme | <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____ (Datum) |
|---|---|--|
- Sonstige _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Die Symptome / Beschwerden

haben sich verbessert haben sich verschlechtert bestehen unverändert

bestehen nicht mehr seit _____ (Datum)

Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? _____

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

Waren Sie wegen der Nieren- / Harnwegsbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein ja, von _____ bis _____ (Datum)

Ort, Datum

X _____
Unterschrift der zu versichernden Person