

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.

Die Anfälle treten / traten auf als

provozierte Anfälle, die durch einen der folgenden Punkte ausgelöst werden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hirnhaut- / Gehirnentzündung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Hirntumor | <input type="checkbox"/> Fehlbildung oder andere strukturelle Erkrankung des Gehirns |
| <input type="checkbox"/> traumatische Hirnschädigung | <input type="checkbox"/> akute neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum oder -entzug | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum oder -entzug |
| <input type="checkbox"/> Absencen (Anfälle ohne Spasmen und Krämpfe) | <input type="checkbox"/> fokale Anfälle |
| <input type="checkbox"/> ein einmaliger Anfall | |
| <input type="checkbox"/> tonische, klonische oder generalisierte tonisch-klonische Anfälle (Grand-mal-Anfälle) | |
| <input type="checkbox"/> epileptisches Syndrom (Fieberkrampf, Rolando-Epilepsie, West-Syndrom, Lennox-Gastaut-Syndrom, Landau-Kleffner Syndrom) | |
| <input type="checkbox"/> Die Anfallsart konnte ärztlicherseits nicht ermittelt werden. | |

Wann war der erste Anfall? _____ (Datum)Wann war der letzte Anfall? _____ (Datum)Wie viele Anfälle sind in den letzten 12 Monaten aufgetreten? keine _____ AnfälleWurde aufgrund der Erkrankung ein Fahrverbot verfügt? nein ja

Welche Medikamente sind derzeit verordnet? _____

 keine keine mehr, seit _____

Hat ein epilepsie-chirurgischer Eingriff oder eine Vagusnerv-Stimulation stattgefunden?

 nein ja nicht mehr bekannt

Bestehen geistige oder psychische Einschränkungen / Beschwerden?

 nein ja (► Bitte füllen Sie dazu die Zusatzklärung „Nerven, Gemüt, psychische Erkrankungen“ aus!)

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

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person