

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 Venensystems leiden oder litten Sie?**

- Krampfadern  Thrombose  Venenentzündung/Phlebitis  
 Sonstige Venenerkrankung \_\_\_\_\_

**Die Venenerkrankung tritt / trat auf**

- akut/einmalig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)  
 chronisch/wiederkehrend Wie häufig? \_\_\_\_ mal im Monat  Jahr  Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Datum)  
 andauernd Seit wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Ausprägung der Erkrankung**

- Besenreiser oberflächlich; nur kosmetisch störend  
 Leichtgradig keine Symptome, keine Kompressionstrümpfe erforderlich  
 Mittelgradig Schwellung der Beine; Ödembildung; Kompressionsstrümpfe erforderlich  
 Schweregradig Arbeitsunfähigkeit; Beingeschwür; Venenentzündung

**Ausdehnung der Erkrankung**

- Nur am Unterschenkel  rechts  links  
 Nur am Oberschenkel  rechts  links  
 Am Ober- und Unterschenkel  rechts  links  
 In der Speiseröhre (Ösophagus/Magen)  Im Bauchraum

**Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren deshalb beraten und behandelt? Welcher davon derzeit?****Sind bereits Operationen erfolgt oder sind solche geplant / angeraten?**

- nein  ja, welche? \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welche Symptome/Beschwerden bestehen derzeit noch?**

- Schwellungen der Beine  Beingeschwüre  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen der Venenerkrankung in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen arbeitsunfähig?**

- nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Üben Sie eine vorwiegend sitzende Tätigkeit aus?  ja  nein

Wurde Ihnen aufgrund der Beschwerden zu einem Tätigkeitswechsel geraten?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum****X**\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der zu versichernden Person**