

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.**

**Welche Beschwerden sind aufgetreten (z.B. Schmerzen, Blutungen, Prostataveränderungen, Hautveränderung etc.)?**

einmalig       wiederholt; wie oft? \_\_\_\_\_ mal       andauernd

Wann traten diese erstmalig auf? \_\_\_\_\_ (Datum)      Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ 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)

**Von wann bis wann und in welcher Einrichtung wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt oder operiert?**  
(Auch minimalinvasive Eingriffe zu therapeutischen Zwecken)

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?** (Name und Dosierung) \_\_\_\_\_

**Symptome:**     keine mehr       verbessert       schlechter geworden       gleich geblieben

Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit noch? \_\_\_\_\_

**Welche Organe oder welches Gewebe wurde Ihnen entnommen?** \_\_\_\_\_

Der Gewebefebund war       gutartig       bösartig

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

Chemotherapie     Strahlentherapie    Wann? Wie viele Zyklen? \_\_\_\_\_

**Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe sind geplant?** \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Datum       ambulant       stationär

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

**X**

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