

Zusatzklärung Magen-/ Darmerkrankungen

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.

An welchen Erkrankungen des Magens leiden oder litten Sie?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür (Ulkus) | <input type="checkbox"/> Magenblutungen | <input type="checkbox"/> Reluxösophagitis |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magentumor / -krebs | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung (Gastritis) |
| <input type="checkbox"/> Barrett-Syndrom | <input type="checkbox"/> Sonstige Magenkrankungen _____ | |

An welchen Erkrankungen des Darms leiden oder litten Sie?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Darmgeschwür (Ulkus) | <input type="checkbox"/> Darmpolypen | <input type="checkbox"/> Darmverschluss |
| <input type="checkbox"/> Darmtumor / -krebs | <input type="checkbox"/> Blinddarmreizung/-entzündung | <input type="checkbox"/> Darmentzündung / Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Darmblutungen | <input type="checkbox"/> Reizdarm / Darmneurose | <input type="checkbox"/> Dickdarmausstülpungen
(DivertikULOse/DivertikulITIS) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Darmerkrankung _____ | | |

Die Erkrankung ist aufgetreten:

- akut/einmalig chronisch/wiederkehrend; wie häufig? _____ mal (im Monat Jahr)
 erstmalig am _____ (Datum) zuletzt am _____ (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)

Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?

- nein ja von _____ bis _____ (Datum) Einrichtung? _____

Welche Untersuchungen wurden ambulant oder stationär vorgenommen?

(Bitte Befunde beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenspiegelung (Gastroskopie) | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung (Laparoskopie) | <input type="checkbox"/> Enddarmspiegelung (Rektoskopie) |
| <input type="checkbox"/> Darmspiegelung (Koloskopie) | <input type="checkbox"/> Ultraschall (Sonographie) | <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Wie wurde/wird die Erkrankung behandelt?

Operation(en), welche? _____ am _____ (Datum)

Der Gewebefund war gutartig bösartig

Die TNM-Einstufung lautet _____ (Befunde + Histologie beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können.)

Chemo/Strahlentherapie? Wann? Wie viele Zyklen? _____

Medikamente? Welche? _____

regelmäßige Einnahme nur bei Bedarf nicht mehr seit _____ (Datum)

Die Symptome/Beschwerden

Bestehen nicht mehr seit _____ (Datum) haben sich verbessert

bestehen unverändert haben sich verschlechtert

Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? _____

Waren Sie wegen der Magen-/Darmbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein

ja von _____ bis _____ (Datum)

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person