

Zusatzklärung Lungen- / Atemwegserkrankungen

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 der Lungen oder Atemwegen leiden oder litten Sie?

- (allergisches) Asthma ▶ Ist ausschließlich Asthma vom Arzt festgestellt worden, genügt die Zusatzklärung „**Asthma**“! ◀
- Lungenentzündung Schlafapnoe Lungenembolie / Infarkt
- Lungenemphysem Lungsarkoidose Pneumothorax
- chronische Bronchitis chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) / Lungenrestriktion
- beruflich bedingte Lungenerkrankungen
- Astbestlunge Berylliose Anthrakose
- Siderose Silikose
- Sonstige, bitte genaue Angaben: _____
- orthopädisch bedingte Lungenerkrankungen
- Trichterbrust
- Sonstige, bitte genaue Angaben: _____
- tumoröse Lungenerkrankungen, bitte genaue Angaben: _____

▶ Hierzu bitte auch die Befunde und das Ergebnis einer eventuellen! Gewebeuntersuchung (Histologie) beifügen! ◀

Die Erkrankung ist aufgetreten:

- akut / einmalig chronisch / wiederkehrend:: Wie häufig? _____ mal (im Monat, im Jahr)
- Erstmals am _____ (Datum) zuletzt am _____ (Datum) noch immer

Welche Untersuchungen wurden ambulant oder stationär vorgenommen?

▶ Bitte Befunde beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können! ◀

- Lungenfunktionstest am _____ (Datum)
- ▶ Welche Werte wurden ermittelt? FEV1 _____ FVC _____ FEV1 /FVC % _____ Peak Flow _____
- Lungenröntgen, am _____ Lungenszintigraphie, am _____ Computertomographie, am _____

Welche(s) Grundleiden / Ursache konnte(n) für die Lungenerkrankung festgestellt werden?

- nicht bekannt Ursache / Grundleiden _____

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Waren Krankenhaus-, Sanatoriums-, oder Kuraufenthalte erforderlich?

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

Wie wurde / wird die Erkrankung behandelt?

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

Der Gewebefund war gutartig bösartig

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

Chemo / Strahlentherapie? Wann? Wie viele Zyklen? _____

mit Medikamenten: Inhalationsspray Kortison-Tabletten

Name / Dosierung: _____

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

Sauerstofftherapie

Sind weitere Operationen geplant / angeraten?

nein ja. Wann und welche Operation? _____

Die Symptome / Beschwerden

Bestehen nicht mehr seit _____ (Datum) haben sich verbessert

bestehen unverändert haben sich verschlechtert

Welche Symptome / Beschwerden bestehen derzeit noch? _____

Waren Sie deshalb 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