

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.

Wie hat der Arzt die Erkrankung bezeichnet?

- | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelenkrheuma: ▶ | <input type="checkbox"/> (rheumatoide) Arthritis | <input type="checkbox"/> rheumatoide Polyarthritis | | |
| | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Morbus Stil ▶ | <input type="checkbox"/> juvenil | <input type="checkbox"/> adult |
| <input type="checkbox"/> Muskelrheuma: ▶ | <input type="checkbox"/> Weichteilrheuma | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | | |

Wie sonst: _____

Die Beschwerden sind aufgetreten:

erstmalig am _____ (Datum) zuletzt am _____ (Datum)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> einmalig | von _____ bis _____ (Datum) |
| <input type="checkbox"/> wiederholt | ▶ <input type="checkbox"/> nur gelegentlich Schübe, oft mit jahrelangen beschwerdefreien Phasen |
| | ▶ <input type="checkbox"/> 2 - 3 Schübe pro Jahr mit längeren Abständen dazwischen |
| | ▶ <input type="checkbox"/> häufige Schübe / andauernde Beschwerden mit seltenen, kurzen Unterbrechungen |

Welche Beschwerden haben Sie?

- ausschließlich Gelenkbeschwerden
- fortgeschrittene Verformung, Verschiebung und/oder Zerstörung von mehr als einem Gelenk
- andere Beschwerden: _____

Besteht eine systemische Beteiligung?

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> des Herzens | <input type="checkbox"/> der Leber | <input type="checkbox"/> der Lunge | <input type="checkbox"/> der Blutgefäße |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|

Können Sie die Aktivitäten des täglichen Lebens schmerzfrei oder mit geringen Schmerzen verrichten?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Der zuletzt gemessene Rheumafaktor war:

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> negativ/niedrig | <input type="checkbox"/> erhöht | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
|--|---------------------------------|--|

Entzündungsmarker wie CRP oder BKS sind:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> im Normbereich | <input type="checkbox"/> stark erhöht | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
|---|---------------------------------------|--|

Wie wird das Rheuma behandelt?

- Basistherapeutika, wie z.B. Chloroquin, Goldverbindungen, D-Penicillamin oder Immunsuppressiva
- bislang nicht erforderlich
- Wie sonst? _____

Die Einnahme erfolgt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> täglich/regelmäßig | <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf |
|---|---|

Die Beschwerden sind die durch die Therapie:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> verschwunden | <input type="checkbox"/> geringer geworden | <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> schlimmer geworden |
|---------------------------------------|--|---|---|

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

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

Waren Sie deshalb in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein

ja, von _____ bis _____ Datum

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? Ist ein solcher Wechsel geplant oder ärztlicherseits angeraten worden?

nein

ja

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person