

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.

Seit wann bestehen, bzw. von wann bis wann bestanden Erkrankungen / Beschwerden der Haut?

seit _____ (Datum) von _____ bis _____ (Datum)

Die Erkrankungen / Beschwerden treten / traten auf einmalig saisonal ganzjährig schubweise, wann zuletzt? _____ (Datum)**Welcher Körperbereich ist / war von der Hauterkrankung betroffen?** Hände Gesicht Kopf der ganze Körper Wo sonst? _____

Die Hauterkrankung ist / war bösartig - es handelt(e) sich um _____
Bitte reichen Sie den Befund, die Histologie und den letzten Nachsorgebefund ein oder informieren Sie uns, bei welchem Arzt wir diese Unterlagen anfordern können:

Name / Adresse**►Die Zusatzklärung muss nicht weiter ausgefüllt - nur noch unterschrieben werden! ◄** **Die Hauterkrankung ist / war gutartig** - es handelt(e) sich um ein(e) Allergie ► **Bitte füllen Sie auch die Zusatzklärung „Allergie“ aus! ◄** Psoriasis (Schuppenflechte) ► mit Gelenksbeschwerden nein ja Neurodermitis Ekzem / Pilz Muttermal Infektion Nesselsucht (Urtikaria) ► mit Quincke Ödem? gutartigen Tumor _____ (genaue Bezeichnung) ► operiert nein ja Sonstiges (genaue Bezeichnung) _____**Wie wird die Hauterkrankung derzeit behandelt?** keine Behandlung Bestrahlung Desensibilisierung Salben / Umschläge Medikamente / Antiallergika (Name) _____**War in den letzten 10 Jahren ein Krankenhaus-, Sanatoriums-, oder Kuraufenthalt erforderlich?** nein ja, von _____ bis _____ (Datum)

Name und Ort der Einrichtung: _____

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?

nein ja, von _____ bis _____ (Datum)

Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können (Feuchtigkeit, Chemikalien etc.)?

nein ja, welche? _____

Haben Sie aufgrund der Hautbeschwerden Ihren Beruf gewechselt, einen solchen Wechsel geplant oder wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?

nein ja, neuer Beruf? _____ ab _____ (Datum)

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person