

## Zusatzklärung Erkrankung der Geschlechtsorgane

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.**

**Welche Beschwerden sind aufgetreten (z.B. Schmerzen, Blutungen, Prostataveränderungen, Haut-/Gewebsveränderung 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.)

**Wie lautet das Ergebnis des letzten PAP-Tests?** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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