

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.

Welche Erkrankung der Wirbelsäule / des Rückens wurde vom Arzt festgestellt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (z.B. schweres Heben, Sport) | <input type="checkbox"/> Verspannungen, Myogelosen |
| <input type="checkbox"/> HWS- / BWS- / LWS-Syndrom | <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten / Spondylolithesis |
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss / Lumbalgie | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenfehlstellung (z.B. Skoliose) | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulendegeneration / Arthrose | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz / Beckenschiefstand |
| <input type="checkbox"/> Wirbelblockierungen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung / Protrusion |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall / Prolaps | |

Welche Verletzungen der Wirbelsäule sind aufgetreten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verletzungen mit Querschnittssymptomatik | <input type="checkbox"/> Wirbelkörperbruch |
| <input type="checkbox"/> Verletzung, die das Tragen eines Korsetts erforderlich gemacht hat | <input type="checkbox"/> Wirbelluxation |
| <input type="checkbox"/> Offene Verletzung (auch Schuss, Stich oder sonstiger Fremdkörper) | |
| <input type="checkbox"/> Verletzung, bei der (auch vorübergehend) neurologische Ausfälle (z.B. Lähmungen, Empfindungsstörungen) aufgetreten sind | |

Die Erkrankung ist aufgetreten:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> akut / einmalig | <input type="checkbox"/> bis zu 3 mal | <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal |
| <input type="checkbox"/> chronisch / wiederkehrend | <input type="checkbox"/> im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> vor 1 - 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 3 - 5 Jahren | <input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren | |

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)

Sind bereits Operationen erfolgt oder sind solche geplant / angedacht?

 nein ja, welche? _____ am _____ (Datum)

Waren in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?

 nein ja von _____ bis _____ (Datum); Bitte den Entlassungsbericht beifügen!

Name und Anschrift der Einrichtung _____

Die Symptome / Beschwerden

 bestehen unverändert haben sich verbessert haben sich verschlechtert bestehen nicht mehr seit _____ (Datum) Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Waren Sie wegen der Wirbelsäulenbeschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?

nein ja, insgesamt bis 5 Tage / Jahr ja, insgesamt mehr als 5 Tage / Jahr

Welche Behandlungen werden / wurden durchgeführt?

Krankengymnastik Gehhilfe
 Medikamente, welche _____
 Sonstiges _____

Stehen weitere Untersuchungen / Behandlungen / Operationen bevor oder sind solche geplant oder angeraten?

nein ja, welche? Wann? _____

Üben Sie wirbelsäulen- / rückenbelastende Tätigkeiten aus?

nein ja: Autofahren Arbeiten in Zwangshaltung
 Erschütterungen Heben / Tragen schwerer Lasten
 Sonstiges _____

Wurde Ihnen aufgrund der Beschwerden zu einem Tätigkeitswechsel geraten?

nein ja, neuer angestrebter Beruf _____

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person