

## Zusatzklärung Bluthochdruck

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.**

Wann wurde der Bluthochdruck erstmalig festgestellt? \_\_\_\_\_ (Datum)

Ist Ihnen die Ursache für den Bluthochdruck bekannt?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte die 3 zuletzt gemessenen Werte an:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)  Selbstmessung  beim Arzt gemessen  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)  Selbstmessung  beim Arzt gemessen  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)  Selbstmessung  beim Arzt gemessen

Seit wann wird der Bluthochdruck behandelt? \_\_\_\_\_ (Datum)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? \_\_\_\_\_ (Name)  Keine

**Haben sich bei Untersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, Langzeitblutdruckmessung) in den letzten 5 Jahren krankhafte Befunde ergeben?**

nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
welcher Behandler? \_\_\_\_\_

Bestehen weitere Beschwerden/Erkrankungen der Nieren, des Herzens, der Augen oder leiden Sie unter Atemnot, Wassereinlagerungen oder Schwindel?

nein  ja, was genau? \_\_\_\_\_

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

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