

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 Kopfschmerzen / Migräne?

Seit _____ (Datum) Wann zuletzt? _____ (Datum)

von _____ bis _____ (Datum)

Wie lautet die ärztliche Diagnose?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> (Spannungs-) Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura |
| <input type="checkbox"/> Cluster-Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Die Beschwerden treten auf an

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-2 Tagen pro Monat | <input type="checkbox"/> 2-7 Tagen pro Monat | <input type="checkbox"/> mehr als 7 Tagen pro Monat |
|--|--|---|

Welche Ursache konnte für die Kopfschmerzen ermittelt werden?

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> psychische Störung | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschädigung | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Gehirns | |
| <input type="checkbox"/> Medikamentennebenwirkung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Welche Begleiterscheinungen treten dabei mit auf?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licht- / Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Seh- / Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit / Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Benommenheit / Schwindel / Koordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Missempfindungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Aufgrund der Beschwerden ergeben sich im Jahr Arbeitsunfähigkeitszeiten von insgesamt

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis zu einer Woche | <input type="checkbox"/> bis zu 2 Wochen | <input type="checkbox"/> mehr als 2 Wochen | <input type="checkbox"/> keine |
|---|--|--|--------------------------------|

Gegen die Kopfschmerzen / Migräne werden Medikamente eingenommen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> bedarfsweise bis zu 2 mal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig bis zu 2 Wochen im Monat | <input type="checkbox"/> regelmäßig mehr als 2 Wochen pro Monat |
| <input type="checkbox"/> täglich (auch prophylaktisch) | <input type="checkbox"/> Andere Behandlungsmaßnahmen _____ |

Welche Untersuchungen wurden zur Abklärung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? _____

Welcher Arzt hat die Untersuchungen vorgenommen? _____

Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Kopfschmerzen / Migräne beraten und behandelt? Welcher davon derzeit? _____

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person