

Zusatzklärung Blutgerinnungsstörung

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.

Sind die Untersuchungen, bei denen die Gerinnungsstörung(en) festgestellt wurde(n)

- vorsorglich erfolgt, da z. B. bei nahen Verwandten Gerinnungsstörungen bekannt sind?
(in diesem Fall muss dieses Formular nicht weiter ausgefüllt und nur noch unterschrieben werden, es sei denn die beantragte Versicherungssumme überschreitet 300.000 EUR)
- aufgrund von Beschwerden bzw. Auffälligkeiten im Rahmen von Verletzungen oder Operationen erfolgt?

Wann wurde die Gerinnungsstörung erstmalig festgestellt? _____ (Datum)

Welche Art der Gerinnungsstörung(en) wurde festgestellt? _____

Handelt es sich um eine heterozygote homozygote Variante?

Besteht eine Erkrankung der Leber? nein ja, welche? _____

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Operationen? Welche?

nein ja, welche? _____

Sind Komplikationen (z.B. Gelenkschäden, Thrombosen, Embolien, Blutungen) aufgetreten?

nein ja, welche? _____

Wurden in den letzten 12 Monaten außer der Norm liegende Laborwerte festgestellt?

nein ja, welche? _____

Letzter HIV-Antikörpertest: Wann? _____ (Datum) negativ positiv keiner erfolgt

Bei welchen Ärzten könnten die jeweiligen Befunde angefordert werden?

Seit wann wird die Gerinnungsstörung behandelt? _____ (Datum)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? _____

Werden Sie in einer Spezialambulanz (Hämophiliezentrum) betreut? (Name / Anschrift)

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

 Ort, Datum

X
 Unterschrift der zu versichernden Person