

Zusatzklärung Lebererkrankungen

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.

Wie lautet die Diagnose des Arztes?

Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung / Abweichungen der Leberwerte bekannt?

nein ja, welche _____

Die Leberwerterhöhung / -erkrankung ist aufgetreten:

Von _____ bis _____ (Datum)

Welche Symptome oder Beschwerden sind diesbezüglich aufgetreten?

keine folgende _____ von _____ bis _____

Bitte geben sie die aktuellen Laborwerte an: (Oder fügen Sie eine Kopie des Laborberichts bei) _____ (Datum)

GGT _____ GPT (ALT) _____ GOT (ALT) _____

Bilirubin _____ AP (alkal. Phosphatase) _____ Andere _____

Wurde eine Leberbiopsie (Gewebeentnahme) durchgeführt oder ist eine solche geplant?

nein ja, am _____ (Datum)

Der Gewebefund war gutartig bösartig?

(Bitte fügen Sie den histologischen Befund, falls vorliegend, bei oder teilen Sie uns mit, wo wir diesen anfordern können.)

Wurden sie jemals wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt und / oder wurde Ihnen vom Arzt empfohlen weniger Alkohol zu trinken, bzw. diesen ganz zu meiden?

nein ja, am _____ (Datum)

von wem (Name und Anschrift) _____

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

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person