

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 berechtigigen, 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 Diagnose hat der behandelnde Arzt gestellt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhter / erniedrigter Blutdruck | <b>► Sind vom Arzt ausschließlich Blutdruckbeschwerden ohne Ursache oder andere Grunderkrankungen festgestellt worden, genügt die Zusatzklärung „Bluthochdruck“! ◀</b> |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen             | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler / - prolaps / -insuffizienz   |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris                   | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung / Herzmuskelschaden  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                       | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                   |  |

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

\_\_\_\_\_

Welche Operationen wurden in den letzten 10 Jahren diesbezüglich durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Bluthochdruck? Wenn ja, wie lauten die letzten Blutdruckwerte? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (syst/diast)

Wurden erhöhte Blutfettwerte festgestellt?

nein  ja, falls bekannt: Cholesterin: \_\_\_\_\_ Triglyceride: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_

Bestehen / bestanden bei Eltern / Geschwistern Herz- / Kreislaufferkrankungen / erhöhte Blutfettwerte?

nein  ja, welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Erfolgten, bzw. sind zukünftig geplant:

Überweisung zum Kardiologen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Spezialuntersuchungen (z.B.: Belastungs-EKG, Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krankenhaus- / Kur- / Reha-Aufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Weitere Operationen (auch Implantation eines Schrittmacher oder Defibrillators)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bei „ja“, bitte Befunde beifügen oder genauere Angaben (Art der Untersuchung, Zeitpunkt, Name, Anschrift des Arztes / der Einrichtung):

\_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? \_\_\_\_\_

Ort, Datum

**X**

Unterschrift der zu versichernden Person