

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.

Welche Beschwerden sind aufgetreten (z.B. Schmerzen, Blutungen, Prostataveränderungen, Haut-/Gewebsveränderung etc.)?

einmalig wiederholt; wie oft? _____ mal andauernd

Wann traten diese erstmalig auf? _____ (Datum) Wann zuletzt? _____ Datum

Welche Ärzte haben Sie deshalb in den **letzten 5 Jahren** untersucht/behandelt? (Name, Anschrift): von _____ bis _____ (Datum)

Welcher Arzt behandelt / kontrolliert Sie **derzeit** noch? (Name, Anschrift): _____ von _____ bis _____ (Datum)

Von wann bis wann und in welcher Einrichtung wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt oder operiert? (Auch minimalinvasive Eingriffe zu therapeutischen Zwecken)

_____ von _____ bis _____ (Datum)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (Name und Dosierung) _____

Symptome: keine mehr verbessert schlechter geworden gleich geblieben

Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit noch? _____

Welche Organe oder welches Gewebe wurde Ihnen entnommen? _____

Der Gewebefebund war gutartig bösartig

Die TNM-Einstufung lautet _____ (Bitte Befunde und Histologie beifügen oder mitteilen, wo diese angefordert werden können.)

Wie lautet das ergebnis des letzten PAP-Tests? _____

Chemotherapie Strahlentherapie Wann? Wie viele Zyklen? _____

Welche Operationen/minimalinvasive Eingriffe sind geplant? _____

Wann? _____ Datum ambulant stationär

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person