

Zusatzklärung Schilddrüsenerkrankungen

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.

Seit wann besteht, bzw. von wann bis wann bestand eine Erkrankung der Schilddrüse ?

Seit _____ (Datum) Von _____ bis _____ (Datum) Letzte Beschwerden? _____ (Datum)

Wie lautet die ärztliche Diagnose?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> „kalter“ Schilddrüsenknoten | <input type="checkbox"/> „warmer“ Schilddrüsenknoten |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenentzündung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Nehmen Sie deshalb regelmäßig Medikamente?

nein ja, welche _____

Welche Schilddrüsenwerte haben sich bei der letzten Bestimmung am _____ ergeben?

Freies T4 _____ Gesamt T3 _____ Gesamt T4 _____ TSH _____ TRAKS _____

Welche Beschwerden/Symptome bestehen derzeit?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Schwitzen / Frieren |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Myxödem | <input type="checkbox"/> Kropfbildung |
| <input type="checkbox"/> Unruhe/Nervosität | <input type="checkbox"/> Berufsausübung | <input type="checkbox"/> Zeichen einer Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Häufige stationäre Behandlungen | <input type="checkbox"/> Berufsausübung | <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Gedächtnisstörungen |

Wurden bei Ihnen tumoröse Veränderungen der Schilddrüse festgestellt?

nein ja, wann _____ (Datum)

Wie lautet die ärztliche Diagnose? _____

Hat eine Radiojodtherapie stattgefunden? nein ja, wann _____ (Datum)

Sind Sie an der Schilddrüse operiert worden? nein ja, wann _____ (Datum)

War der histologische Befund gutartig? ja nein

(Falls **nein**, bitte Befunde mit Histologie beifügen oder Angabe des Arztes, bei dem diese Unterlagen angefordert werden können.)

Welcher Arzt berät/behandelt Sie derzeit wegen der Schilddrüsenerkrankung? (Name, Anschrift) _____

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person