

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.**

Seit wann leiden Sie an Asthma? \_\_\_\_\_ (Datum)

Sind Sie derzeit beschwerdefrei?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Datum)

Bei welchen Gelegenheiten treten Asthmaanfälle auf? \_\_\_\_\_

### Asthma-Episoden

- Seltene Asthma-Episoden ohne Arbeitsunfähigkeit; keine Beeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten
- Häufige Asthma-Episoden, die eine tägliche Behandlung mit Bronchodilatoren erfordern; in der Vergangenheit deshalb gelegentliche Arbeitsunfähigkeit.
- Häufig schwere Asthma-Episoden, die wiederholt eine notärztliche Behandlung oder Einweisung ins Krankenhaus erfordern. Keine komplette Symptommfreiheit. Jedes Jahr erhebliche Arbeitsunfähigkeitszeiten.

### Lungenfunktion

- FEV1 (Einsekundenkapazität) oder PFR (Peak-Flow-Messung):  $\geq 80$  % des Sollwerts
- FEV1 oder PFR: 60 - 80 % des Sollwerts  FEV1 oder PFR:  $< 60$  % des Sollwerts

### Symptome während des Tages

- keine oder maximal zweimal pro Woche
- mehr als zweimal bis sechsmal pro Woche
- täglich

### Symptome während der Nacht

- keine
- manchmal (bis zu zweimal pro Woche)
- häufig (mehr als zweimal pro Woche)

### Medikation

- Behandlung mit Akut-Medikamenten (sogenannte Reliever - Medikamente mit Bronchodilatoren) erforderlich (bis zu 2x pro Woche)
- Keine Medikation oder gut eingestellt durch regelmäßige Anwendung eines Kortikoidsprays
- Dauermedikation: Kombination aus Kortikoidspray und lang wirkenden inhalativen Beta2-Antagonisten
- Zusätzlich zur Inhalation: Dauermedikation mit oralen Glucokortikosteroiden (Tabletten)

Medikamentenname(n): \_\_\_\_\_

War in den letzten 10 Jahren wegen des Asthmas ein Krankenhaus-, Sanatoriums-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

 nein  ja, wann \_\_\_\_\_ (Datum)

Name und Ort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Erfolgte dabei eine maschinelle Beatmung?  nein  ja

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

Rauchen Sie?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Datum)

Ort, Datum

**X**

Unterschrift der zu versichernden Person