

## Zusatzklärung Diabetes

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.**

**Welche Erkrankung besteht?**  Diabetes Mellitus Typ I  Diabetes Mellitus Typ II  Gestörte Glucosetoleranz

**Seit wann besteht die Diabetes-Erkrankung?** \_\_\_\_\_ (Datum)

**Nehmen Sie Insulin?**  nein  ja

**Zuletzt gemessener HbA1c-Wert** \_\_\_\_\_ (mmol/mol) Wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Zuletzt gemessener Blutdruck** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mmHg) Wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Wann war die letzte Urinuntersuchung?** \_\_\_\_\_ (Datum)

Hat diese einen auffälligen Befund ergeben?  nein  ja (Bitte Befunde beilegen, oder Arzt mitteilen)

(Name, Adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Datum) gemessenen Werte angeben:

Körpermaße Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Bauchumfang \_\_\_\_\_ cm

Blutfettwerte CHOL \_\_\_\_\_ HDL \_\_\_\_\_ TRGL \_\_\_\_\_

Leberwerte GGT \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_ GOT \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher/In?**  ja  nein, seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Es bestehen folgende Komplikationen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leichte Symptome einer Nervenschädigung                            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                              |
| <input type="checkbox"/> Nervenschädigungen mit Funktionsstörung des Bewegungsapparates     | <input type="checkbox"/> Auffälliges Belastungs-EKG                |
| <input type="checkbox"/> Verminderte Sehschärfe aufgrund fortgeschrittener Netzhautablösung | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit / Herzinfarkt      |
| <input type="checkbox"/> Beginnende Netzhautablösung ohne verminderte Sehschärfe            | <input type="checkbox"/> Amputation / Blindheit / Gewebeschädigung |
| <input type="checkbox"/> Hinweise auf Durchblutungsstörungen                                |  |

**Wurde bei einem Verwandten ersten Grades Diabetes festgestellt?**

nein  Diabetes Typ I  ja, Diabetes Typ II vor dem 60. Lebensjahr

Bestehen weitere Erkrankungen?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

**X** \_\_\_\_\_  
**Unterschrift der zu versichernden Person**