



## Zusatzerklärung Augen

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
<b>Erläuterungen</b>	<p><b>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</b></p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie <b>uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben</b>, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. <b>Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</b></p>
<b>Fehlsichtigkeit</b>	<p>Ist die Ursache der Fehlsichtigkeit bekannt <input type="checkbox"/> Angeboren <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache _____</p> <p>Es besteht <input type="checkbox"/> Hyperopie (Weitsichtigkeit) rechts _____ /links _____ Dioptrien</p> <p><input type="checkbox"/> Myopie (Kurzsichtigkeit) rechts _____ /links _____ Dioptrien</p> <p><input type="checkbox"/> Verminderung der Sehschärfe rechts _____ /links _____ (Visus)</p> <p><input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung rechts/links</p> <p><input type="checkbox"/> Astigmatismus (Stabsichtigkeit) rechts/links <input type="checkbox"/> Strabismus (Schielen)</p> <p>Seit wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Fortschreitend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viel Dioptrien in welchem Zeitraum? _____</p> <p>Welcher Augenarzt kann Auskunft geben (Name und Anschrift)? _____</p> <p>_____</p>
<b>Augen- erkrankung</b>	<p>An welcher Augenerkrankung leiden Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Augensarkoidose <input type="checkbox"/> Augentumor <input type="checkbox"/> Augenverletzung <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Katarakt (grauer Star)</p> <p><input type="checkbox"/> Keratokonus <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Netzhautablösung <input type="checkbox"/> Retinopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) - Besteht grüner Star auch bei Eltern oder Geschwistern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Arzt diagnose _____</p> <p>Welches Auge ist davon betroffen? <input type="checkbox"/> das rechte <input type="checkbox"/> das linke <input type="checkbox"/> beide Augen</p>
<b>Behandlung</b>	<p>Waren oder sind Sie deshalb in augenärztlicher Behandlung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo seit wann? _____</p> <p>_____</p> <p>Liegt Ihnen das Ergebnis des letzten Sehtests vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte in Kopie beifügen)</p> <p>Besteht eine ursächliche Grunderkrankung (z.B. Diabetes, Multiple Sklerose, erhöhte Blutfettwerte, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____</p> <p>_____</p> <p>Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> vorbeugend</p> <p>Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p> <p>Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit? _____</p> <p>_____</p>

# Zusatzklärung Augen

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 2 von 3

## Ärzte

Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Augenoperationen/Laserbehandlungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  ambulant  stationär

erfolgreich  nur vorübergehend erfolgreich  nicht erfolgreich

Welche Operationen sind geplant? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  ambulant  stationär

Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

## Weitere Fragen an die zu versichernde Person

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

nein  ja, warum? \_\_\_\_\_  
wie lange? \_\_\_\_\_ Wochen wie oft \_\_\_\_\_ mal wann zuletzt \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?

nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?

nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?  nein  ja

Planen Sie einen solchen Wechsel?  nein  ja

Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?  nein  ja

**Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.**

**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!**

**Bitte immer beantworten:**

Folgen noch weitere Angaben?

ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt \_\_\_\_\_ Seiten

ja, es folgen noch weitere Angaben

## Unterschrift

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der zu versichernden Person

## Zusatzerklärung Augen

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 3 von 3

### Belehrung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.