



## Zusatzerklärung Blutgerinnungsstörung

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>Erkrankung</b>	Wann wurde die Blutgerinnungsstörung zum ersten Mal festgestellt? _____ (Monat/Jahr)		
	Wie hat der Arzt die Erkrankung bezeichnet? _____		
	Welche Untersuchungen wurden wann durchgeführt? _____ _____ (Monat/Jahr)		
	Welche Erkrankungen wurden als Ursache der Gerinnungsstörung festgestellt? _____ _____		
	Besteht eine Lebererkrankung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Sind Komplikationen der Gerinnungsstörung aufgetreten? (z.B.: Gelenkschäden, Thrombosen, Blutungen)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____		
<b>Labor</b>	Wurden bei Laboruntersuchungen in den letzten 12 Monaten außerhalb des Normbereiches liegende Werte ermittelt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Werte? Wie hoch waren diese? _____ _____		
	Bei welchem Arzt können diese angefordert werden? _____ _____		
	HIV-Antikörpertest <input type="checkbox"/> noch keiner erfolgt <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ, wann? _____		
<b>Behandlung</b>	Seit wann und wie wird die Gerinnungsstörung therapiert? _____ (Monat/Jahr) _____ _____		
	Werden Sie in einer Spezialambulanz (Hämophiliezentrum) betreut?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche(s)? (Name und Anschrift) _____ _____		
	Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____ _____		
	Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf		
	Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben		
	Welche Beschwerdesymptome haben Sie derzeit? _____		

## Zusatzerklärung Blutgerinnungsstörung

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
<b>Ärzte</b>	<p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Welcher Arzt behandelt / kontrolliert Sie derzeit (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>Wurde Ihnen die Milz entfernt?                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, wann _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche weiteren Operationen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?</p> <p>_____</p> <p>Wann? _____ (Monat/Jahr)                      <input type="checkbox"/> ambulant                      <input type="checkbox"/> stationär                      Ergebnis: _____</p> <p>Welche Operationen sind geplant? _____</p> <p>Wann? _____ (Monat/Jahr)                      <input type="checkbox"/> ambulant                      <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ist die Behandlung abgeschlossen?                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Monat/Jahr)</p>
<b>Weitere Fragen an die zu versichernde Person</b>	<p>Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, warum? _____</p> <p style="padding-left: 40px;">wie lange? _____ Wochen                      wie oft _____ mal                      wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel?                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</b></p> <p><b>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !</b></p> <p><b>Bitte immer beantworten:</b></p> <p>Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>
<b>Unterschrift</b>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift der zu versichernden Person</p>

## Zusatzerklärung Blutgerinnungsstörung

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.