

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 berechtigten, 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. Beachten Sie dazu bitte auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Antrag.**

**Welche Erkrankung der Wirbelsäule / des Rückens wurde vom Arzt festgestellt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (z.B. schweres Heben, Sport) | <input type="checkbox"/> Verspannungen, Myogelosen               |
| <input type="checkbox"/> HWS- / BWS- / LWS-Syndrom                            | <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten / Spondylolithesis        |
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss / Lumbalgie                              | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew                        |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenfehlstellung (z.B. Skoliose)             | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann                      |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulendegeneration / Arthrose                  | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz / Beckenschiefstand |
| <input type="checkbox"/> Wirbelblockierungen                                  | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung / Protrusion     |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall / Prolaps                        |  |

**Welche Verletzungen der Wirbelsäule sind aufgetreten?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verletzungen mit Querschnittssymptomatik  | <input type="checkbox"/> Wirbelkörperbruch |
| <input type="checkbox"/> Verletzung, die das Tragen eines Korsetts erforderlich gemacht hat  | <input type="checkbox"/> Wirbelluxation    |
| <input type="checkbox"/> Offene Verletzung (auch Schuss, Stich oder sonstiger Fremdkörper)   |  |
| <input type="checkbox"/> Verletzung, bei der (auch vorübergehend) neurologische Ausfälle (z.B. Lähmungen, Empfindungsstörungen) aufgetreten sind |  |

**Die Erkrankung ist aufgetreten:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> akut / einmalig           | <input type="checkbox"/> bis zu 3 mal          | <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal   |
| <input type="checkbox"/> chronisch / wiederkehrend | <input type="checkbox"/> im letzten Jahr       | <input type="checkbox"/> vor 1 - 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 3 - 5 Jahren          | <input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren |   |

Erstmalig am \_\_\_\_\_ (Datum)      Zuletzt am \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welche Ärzte haben Sie deshalb in den letzten 5 Jahren untersucht/behandelt? (Name, Anschrift)**

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welcher Arzt behandelt / kontrolliert Sie derzeit noch? (Name, Anschrift)**

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

**Sind bereits Operationen erfolgt oder sind solche geplant / angeraten?**

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)

**Waren in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?**

nein       ja      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum); **Bitte den Entlassungsbericht beifügen!**

Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

**Die Symptome / Beschwerden**

bestehen unverändert       haben sich verbessert       haben sich verschlechtert

bestehen nicht mehr seit \_\_\_\_\_ (Datum)

Welche Beschwerden bestehen derzeit noch? \_\_\_\_\_

# Zusatzerklärung Wirbelsäulenerkrankungen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

**Waren Sie wegen der Wirbelsäulenbeschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?**

nein  ja, insgesamt bis 5 Tage / Jahr  ja, insgesamt mehr als 5 Tage / Jahr

**Welche Behandlungen werden / wurden durchgeführt?**

Krankengymnastik  Gehhilfe  
 Medikamente, welche \_\_\_\_\_  
 Sonstiges / Details \_\_\_\_\_

**Stehen weitere Untersuchungen / Behandlungen / Operationen bevor oder sind solche geplant oder angeraten?**

nein  ja, welche? Wann? \_\_\_\_\_

**Üben Sie wirbelsäulen- / rückenbelastende Tätigkeiten aus?**

nein  ja:  Autofahren  Arbeiten in Zwangshaltung  
 Erschütterungen  Heben / Tragen schwerer Lasten  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wurde Ihnen aufgrund der Beschwerden zu einem Tätigkeitswechsel geraten?**

nein  ja, neuer angestrebter Beruf \_\_\_\_\_

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

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person