

Zusatzklärung Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Erläuterungen	<p>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!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, 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. 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.</p>
Erkrankung	<p>Welche Beschwerden sind aufgetreten (z. B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss, etc.)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> wiederholt, wie oft? ____ mal <input type="checkbox"/> dauernd</p> <p>Wann traten diese erstmalig auf? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Wie wurden die Erkrankungen oder Beschwerden der Brust, der Gebärmutter, der Eierstöcke, der Eileiter oder während des Menstruationszyklus vom Arzt bezeichnet? _____</p>
Behandlung	<p>Von wann bis wann wurden Sie deshalb ärztlich behandelt? _____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____</p> <p>Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf</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>
Ärzte	<p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)? _____ _____</p> <p>Welcher Arzt behandelt / kontrolliert Sie derzeit (Name und Anschrift)? _____ _____</p> <p>Welche Operationen/minimalinvasiven Eingriffe (zu therapeutischen Zwecken) wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt? _____</p> <p>Wann? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Welche Organe oder welches Gewebe wurde dabei entfernt? _____</p> <p>Der Gewebefund (Histologie) war <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig (Bitte Kopie der Histologie mitschicken)</p> <p>Die TNM-Einstufung lautete _____</p> <p>Welche Operationen/minimalinvasiven Eingriffe 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>

Zusatzklärung Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
Kontrolle	<p>Wurde Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Haben Kontrollmammographien oder -sonographien in den letzten 5 Jahren einen pathologischen Befund ergeben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches Ergebnis? _____</p> <p>Wann erfolgte der letzte Kontrollabstrich und wie lautet das Ergebnis? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> PAP I-II <input type="checkbox"/> PAP III <input type="checkbox"/> PAP IV</p> <p>Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Regel mehr seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Wie viele Verwandte 1. Grades (Eltern, Geschwister, leibliche Kinder) sind vor dem 50. Lebensjahr an einem Mamma- oder Ovarialkarzinom erkrankt? _____</p>
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	<p>Wurden Ihnen jemals Brustimplantate eingesetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; was war der Grund dafür? _____ wann? _____ wann wurden diese wieder entfernt? _____</p> <p>Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____ wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? <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 Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p> <p>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach! Bitte immer beantworten: Folgen noch weitere Angaben? <input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten <input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>
Unterschrift	<div style="border-top: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Ort, Datum</div> <div style="width: 45%;">Unterschrift der zu versichernden Person</div> </div>

Zusatzklärung Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane

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.