

## Zusatzklärung Venen / Krampfadern

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>Art der Erkrankung</b>	<p>Die Venenerkrankung tritt/trat auf</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Wiederholt Erstmalig _____ (Monat/Jahr) Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p style="margin-left: 20px;">Wie oft im Jahr? _____ mal</p> <p style="margin-left: 20px;">Wie lange jeweils? _____ Monate ____ Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> Andauernd Seit wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Venenerkrankung wurde bei Ihnen festgestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> Krampfadern (Varizen) <input type="checkbox"/> Venenentzündung (Phlebitis)</p> <p><input type="checkbox"/> Postthrombotisches Syndrom <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache _____</p> <p>Wo tritt/trat die Erkrankung auf?</p> <p><input type="checkbox"/> an den Beinen: <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</p> <p><input type="checkbox"/> in der Speiseröhre (Ösophagus) / Magen Was ist die Ursache? _____</p> <p><input type="checkbox"/> im Bauchraum (Abdomen) Was ist die Ursache? _____</p>
<b>Ausprägung/ Komplikationen</b>	<p>In welcher Ausprägung tritt/trat die Erkrankung auf?</p> <p><input type="checkbox"/> beschwerde- und therapiefrei <input type="checkbox"/> gering- oder leichtgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig</p> <p>Sind Komplikationen aufgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr) von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Missempfindungen <input type="checkbox"/> Venenentzündung <input type="checkbox"/> Beingeschwür(e)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Thrombose(n) <input type="checkbox"/> Embolie(n) <input type="checkbox"/> Teerstuhl <input type="checkbox"/> Leberzirrhose</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pfortaderhochdruck <input type="checkbox"/> Bluterbrechen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige; Welche? _____</p>
<b>Behandlung</b>	<p>Wie werden/wurden Sie behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie (Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben)</p> <p>_____ von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe erforderlich von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Operation ist erfolgt, wann? _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> an den Beinen (z.B. Ligatur, Stripping, Verödung) <input type="checkbox"/> an der Speiseröhre</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> im Bauchraum <input type="checkbox"/> am Magen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p>Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? _____</p> <p>_____</p>

## Zusatzklärung Venen / Krampfadern

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3

Operation geplant, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

<input type="checkbox"/> an den Beinen (z.B. Ligatur, Stripping, Verödung)	<input type="checkbox"/> an der Speiseröhre
<input type="checkbox"/> im Bauchraum	<input type="checkbox"/> am Magen

Sonstige \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? \_\_\_\_\_

---

Sonstige Behandlung, wann? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Welche? \_\_\_\_\_ Ergebnis? \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? \_\_\_\_\_

---

Die Symptome/Beschwerden haben sich  verbessert  verschlechtert  sind gleich geblieben

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Venenerkrankung?

nein, folgenlos ausgeheilt/beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ärzte**

Welche Ärzte haben Sie wegen der Venenerkrankung/Krampfadern in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Ärzte behandeln/kontrollieren Sie deswegen derzeit (Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War im Zusammenhang mit der Venenerkrankung ein Krankenhaus-/Kuraufenthalt erforderlich?

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Name und Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Weitere Fragen an die zu versichernde Person**

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

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Haben Sie aufgrund der Venenerkrankung Ihren Beruf gewechselt, einen solchen Wechsel geplant oder wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?

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

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? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

ja, was und wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ Stück/täglich

nein, seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

nein, ich habe noch nie geraucht!

## Zusatzklärung Venen / Krampfadern

Zu versichernde Person: _____		Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)	
Geburtsdatum: _____		Seite 3 von 3	
	<p><b>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</b></p> <p><b><u>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</u></b></p> <p><b><u>Bitte immer beantworten:</u></b> 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>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>		
<b>Belehrung</b>	<p>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.</p> <p><b>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?</b> Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p><b>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</b> 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.</p>		