

Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person (Fortsetzung)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Ja |
| 4. Bestehen/bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, oder wurden in den letzten 3 Jahren von Ärzten oder anderen Therapeuten (z. B. Heilpraktikern, Physio-, Ergotherapeuten, Osteopathen, Logopäden, berufsmäßigen Lebens-, Ernährungs-, Erziehungsberatern, Heilern) Untersuchungen, Kontrollen, Beratungen oder Behandlungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden in den letzten 5 Jahren Maßnahmen der künstlichen Befruchtung angeraten, beabsichtigt, erwogen, durchgeführt oder finden solche derzeit statt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erfolgt in den letzten 5 Jahren stationäre oder teilstationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen in einem/r Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Kur- oder sonstigen Krankenanstalt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurden in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische, psychoanalytische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, durchgeführt oder finden solche derzeit statt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wird derzeit oder wurde in den letzten 3 Jahren ein Medikament wiederholt verordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben, Infusionen)? Falls ja, bitte Medikation angeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bestand jemals oder besteht Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder eine sonstige Suchterkrankung (z. B. Spielsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurde jemals Hepatitis oder eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt, ist ein Hepatitis- oder HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Name/Anschrift des Arztes/Therapeuten, der am besten über den Gesundheitszustand informiert ist. Falls keiner vorhanden, bitte den angeben, der zuletzt beraten, untersucht und/oder behandelt hat.
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | | |
| 12. Bei Personen ab 6 Jahren: Körpergröße: <input style="width: 40px;" type="text"/> cm Körpergewicht: <input style="width: 40px;" type="text"/> kg | | |

Zusatzfragen zum Zahn- und Gebisszustand

Für ZahnUpgrade-Tarife gilt: Bitte beachten Sie die unter XII. aufgeführten besonderen Versicherungsbedingungen, die Sie mit Ihrer Antragsunterzeichnung anerkennen!

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Nur für Tarif Z50E: Sind mehr als 9 Inlays, Onlays und Zahnfüllungen vorhanden? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: | <input type="text"/> | Anzahl |
| 14. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen. (Gilt nicht für ZahnUpgrade) | <input type="text"/> | Anzahl |
| 15. Wie viele Zähne, die keine Weisheitszähne sind, fehlen derzeit, ohne ersetzt zu sein? Falls keiner, bitte „0“ eintragen. | <input type="text"/> | Anzahl |
| 16. Wurden in den letzten 5 Jahren zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen (u.a. Zahnersatz, Implantatversorgung, Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Inlayversorgung, Knirscherschiene, Aufbissbehelf) angeraten, beabsichtigt, erwogen, die noch nicht abgeschlossen sind, oder finden solche derzeit statt? Falls ja, bitte ggf. Heil- und Kostenplan beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen 1.–10., 16. | | |

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Krankheit, Beschwerden, Behandlung usw./ Untersuchungsergebnis/Medikamente?	Operation?		Von wann bis wann aufgetreten/ behandelt usw.?	Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	Namen und Anschriften der Ärzte/Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.?	Folgenlos ausgeheilt bzw. ohne Befund?	
		Nein	Ja				Nein	Ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für weitere Angaben ist eine gesonderte, unterschriebene Anlage (z. B. LKH 3-15) zu verwenden. Anlage beigelegt:

Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung - Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht - Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages | <ul style="list-style-type: none"> - Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Informationsblätter zu Versicherungsprodukten, Kundeninformation, Tarifbeschreibungen (Tarifblätter) und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen - Die Seiten 1–7 dieses Antrages habe ich als Kopie erhalten |
|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
X