

Beantragte Tarife bzw. zu ändernde Tarife (Bestehende und nicht angegebene Tarife bleiben unverändert.) - Fortsetzung

| Person 3 | | | Person 4 | | |
|-----------------------------------------|------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| Tarife bisher | Tarife neu | Beträge in EUR Monatsbeitrag | Tarife bisher | Tarife neu | Beträge in EUR Monatsbeitrag |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Zuschlag | | ⇒ | Zuschlag | | ⇒ |
| gesetzlicher Vorsorgezuschlag | | ⇒ | gesetzlicher Vorsorgezuschlag | | ⇒ |
| Gesamtmonatsbetrag Person 3 | | ⇒ | Gesamtmonatsbetrag Person 4 | | ⇒ |
| Monatlicher Gesamtbetrag aller Personen | | ⇒ | Bei einem längerem Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen. | | |

Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG auf der Seite 8 dieses Antragsformulars unter dem Punkt "Wichtige Hinweise".

Fragen an die zu versichernden Personen

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht. Solche Untersuchungen werden weder verlangt noch deren Ergebnisse oder Daten verwendet. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen oder Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wichtiger Hinweis, wenn schon bei uns krankensichert: Die nachstehenden Fragen sind immer zu beantworten. Werden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere Angaben unter Ziffer 16 erforderlich. Sind uns Einzelheiten aus abgerechneten Leistungsfällen bereits bekannt, ist dies unter Ziffer 16 zu vermerken.

| Die Fragen 2 - 15 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 16 zu machen. | | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 | Größe cm Gewicht kg | | | | |
| 2 | Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet? Bitte Dioptrienwerte unter Ziffer 16 angeben. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3 | Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 4 | Die nachstehende Frage ist nicht zu beantworten für Krankheitskostenvollversicherungstarife und dazugehörige Krankentagegeldtarife sowie die Optionstarife Futura, flexSI, flexSI-B und flexSIprivat: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5 | Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 6 | Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 7 | Erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, (Kontroll-)Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 8 | Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 9 | Erfolgten in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 10 | Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) oder Behandlungen/ Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 11 | Die nachstehende Frage ist für die Tarife PflegeSTART, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS zu beantworten: Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder einen werdenden Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Die nachstehenden Fragen sind erst ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren für alle Tarife mit Zahnkostenerstattung sowie Tarife mit Optionsrecht zu beantworten. Für die Tarife ZahnBASISpur und Z50-3 ist nur die Frage 12 zu beantworten: | | | | | |
| 12 | Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 13 | Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 14 | Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 15 | Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für „keine“ bitte eine „0“ eintragen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | a) Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheits- und Milchzähne)? | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
| | b) Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)? | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
| | davon älter als 5 Jahre: | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
| Sofern Zähne vor weniger als 5 Jahren ersetzt oder überkront wurden, ist für Vollversicherungs- und Beihilfetarife der Name und die Anschrift des behandelnden Zahnarztes unter Ziffer 16 anzugeben. | | | | | |

Fragen an die zu versichernden Personen - Fortsetzung

16 Nähere Angaben/Einzelheiten zu Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden:
 Sofern der Raum nicht ausreicht, bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben) vornehmen. Beiblatt beigelegt ja nein

| Person Nr. | Frage Nr. | Dioptrienwerte rechts/links | Art der Krankheit, des Körperschadens, der Beschwerden, Diagnose/Befund, Art der Behandlung einschl. Arzneimittel mit Dosierung und Grund der Einnahme, Grad der Erwerbsminderung/Berufsunfähigkeit | Behandlungsdaten von - bis | | Operation | | behandlungs-/beschwerdefrei | | Folgeerscheinungen |
|------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|------|-----------------------------|------|--------------------|
| | | | | ambulant | stationär | ja | nein | ja | seit | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben)

Vorversicherungen/bestehende Versicherungen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns auch diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Falls eine Frage mit „ja“ beantwortet wird, bitte nähere Angaben machen:

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Besteht oder bestand eine gesetzliche Kranken- (GKV), soziale Pflegeversicherung (SPV)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Besteht eine private Kranken- (PKV), private Pflegepflichtversicherung (PPV)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Wurde eine PKV gekündigt? Falls ja, Gesellschaft (VR): | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch VR <input type="checkbox"/> ja, durch VN | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch VR <input type="checkbox"/> ja, durch VN | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch VR <input type="checkbox"/> ja, durch VN | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch VR <input type="checkbox"/> ja, durch VN |
| 4. Wurde eine PKV/PPV abgelehnt? Falls ja, Gesellschaft: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Wurde eine PKV/PPV beantragt? Falls ja, Gesellschaft (VR): | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Besteht oder bestand Heilfürsorge? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Nähere Angaben zu den Fragen 1. - 6. – Bitte geben Sie zumindest alle Vorversicherungen der letzten zwei Jahre vor dem beantragten Versicherungsbeginn an:

| Person Nr. | Art der Versicherung | Zur GKV | Gesellschaft (VR)/GKV/Beihilfeverordnung (Heilfürsorge) | Versicherung beantragt am/ besteht/bestand von - bis | Krankenhaus-tagegeld in EUR | Pflege(-tage)-geld in EUR | Kranken(-tage)-geld in EUR | ab Tag der Arbeitsunfähigkeit | Kurtagegeld in EUR |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------|
| | <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert familienversichert als <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehepartner | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert familienversichert als <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehepartner | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert familienversichert als <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehepartner | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert familienversichert als <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehepartner | | | | | | | |

Zusatzklärung für Versicherte aus der Privaten Krankenversicherung
 Besteht für den Antragsteller (VN) und/oder für eine der zu versichernden Personen beim derzeitigen privaten Krankversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? nein ja

Es steht Ihnen frei, die nachstehende Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Angabe zum Hausarzt bei Beantragung der Tarife (R)-START-B/ (R)-START/ (R)-START-PLUS/ (R)-KOMFORT

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes (z. B. Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist etc.), der im Versicherungsverlauf als „Hausarzt“ in Anspruch genommen werden soll:

| Person 1 | Person 2 |
|----------|----------|
| | |
| Person 3 | Person 4 |
| | |

Wartezeiten (sofern der/die beantragte(n) Tarif(e) Wartezeiten vorsieht/vorsehen)

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten in der Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die dafür notwendigen Unterlagen erhalte ich von der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenversicherung. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |