

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns 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 im Abschnitt „Wichtige Hinweise“.

Gesundheitsangaben

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 1	Person 2	Person 3			
	Größe/cm	Gewicht/kg	Größe/cm	Gewicht/kg	Größe/cm	Gewicht/kg	nein ja	nein ja	nein ja			
1. Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Bei Frauen: besteht Schwangerschaft?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen, sonstige Gesundheitsstörungen, eine anerkannte Behinderung oder sind Behandlungen beabsichtigt bzw. angeraten (z. B. Amputation, Bandscheibenschädigungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Gelenke, der Harn- und Geschlechtsorgane, Sterilität, Infertilität, der Verdauungsorgane, der Nerven, Herz- und Kreislauferkrankungen, Rückgratverkrümmung, Hüftdysplasie, Diabetes, Allergien, Tumore, HIV-Infektion)?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. War in den letzten 5 Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt oder ein Aufenthalt in Sanatorien, Heilanstalten etc. erforderlich? Wenn ja, wann, wo, weshalb, welche Operationen erfolgten?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Werden oder wurden in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet? Wenn ja, welche?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. a) Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten 3 (ambulant) bzw. 5 Jahre (stationär) am besten Auskunft geben kann? b) Wann und weshalb wurde dieser zuletzt in Anspruch genommen?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pers. Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers							Wann		Weshalb			
<input type="text"/>							<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>							<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>							<input type="text"/>		<input type="text"/>			
8. a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.							nein ja	nein ja	nein ja			
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne (ohne Milch- oder Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben) und/oder Anzahl der durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz): Person 1 <input type="checkbox"/> keine Anzahl* <input type="text"/> Person 2 <input type="checkbox"/> keine Anzahl* <input type="text"/> Person 3 <input type="checkbox"/> keine Anzahl* <input type="text"/>												
*) Bei 1-4 Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag von 10% je Zahn auf die beantragten Zahntarife einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 8.a) mit nein beantwortet wurde.							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ab 5 Zähnen sowie bei Vereinbarung eines Leistungsausschlusses, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 – 8, wenn mit ja beantwortet

Pers.	Zu Frage	Genaue Diagnose, Art der Beschwerden, Verletzung, Untersuchung (was wurde festgestellt?) Welche Operation erfolgte? Medikamente?	Behandlung/ Beschwerden von bis	Behandlung abgeschlossen? Seit wann?	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser. Wer kann Auskunft geben?