

Antragsteller

Gesundheitszustand der zu versichernden Person, Änderungen zum Antrag:

Alle im Antrag abgefragten Angaben 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, was die Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zur Folge haben kann. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Mitteilung des jeweiligen Versicherers zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG in der Schlussklärung (Seite 4). Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers.

Bitte senden Sie dem Versicherer keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Körpergröße und Gewicht

- Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate/Prothesen/Einschränkungen/Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn Sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?
- Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder – aufgrund von Vorerkrankungen – medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Kieferorthopäden, Zahnärzten, Therapeuten, Heilpraktiker statt, sind angeraten oder beabsichtigt? (bei Allianz, AXA/DBV, DKV, R+V, SIGNAL IDUNA KV, SDK amb. Operationen 5 Jahre) für ottonova, R+V zusätzlich für die letzten 10 Jahre auch Untersuchungen des Gehirns oder Nervensystems oder wegen einer Krebs- oder Tumorerkrankung)
- Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen, Operationen, Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, einem Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA ActiveMe die letzten 6 Jahre)
- Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung, Therapie/Gesprächstherapie, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer, psychiatrischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt (bei Allianz, AXA/DBV, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur, Münchener Verein, Nürnberger die letzten 5 Jahre, bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre, bei ARAG, Barmenia, BK, UKV, Concordia, Hallesche, INTER, ottonova, R+V, SIGNAL IDUNA, SDK, uniVersa die letzten 10 Jahre)?
- Besteht eine Fehlsichtigkeit? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur, LKH, ottonova, R+V und Dioptrien-Angaben bei Allianz und Barmenia nicht notwendig)
- Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur)
- Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, eine chronische Erkrankung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit? (bei ARAG, DKV LKH: oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung bzw. Leistungen aus privater/sozialer Pflegeversicherung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?) Bei „ja“ bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen.
- Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (nicht zu beantworten bei HanseMerkur, INTER) oder wurden in diesem Zeitraum Alkohol, Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen regelmäßig verordnet oder eingenommen? (bei Allianz, DKV, MV die letzten 5 Jahre, bei AXA/DBV, Concordia, SDK, uniVersa die letzten 10 Jahre, HanseMerkur, LKH zeitlich unbegrenzt, ottonova: 2 Wochen am Stück, R+V: Arzneimittel nur 12 Monate).
- Wurde eine HIV Infektion festgestellt bzw. steht noch ein Testergebnis aus? Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?
- Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? (Lückenschluss gilt nicht für MV, uniVersa)
- Besteht eine Zahnbetterkrankung, eine Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- bzw. Knirscherschiene getragen? (nur zu beantworten bei ALLIANZ, ARAG, Concordia, Continentale, DKV, Hallesche, HanseMerkur, INTER, LKH, Nürnberger, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA KV und uniVersa) Fanden Parodontosebehandlungen/Zahnfleischerkrankungen statt? (Abfragezeitraum: Continentale 12 Monate / INTER 24 Monate / DKV, SIGNAL IDUNA 36 Monate, LKH 60 Monate)
- Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, sind mit Inlays bzw. Onlays und/oder einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt? (zu beantworten bei Allianz, BK, UKV, Concordia, Continentale, Hallesche, INTER (auch Teilkronen), Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV) bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz.
- Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? (zu beantworten bei BK, UKV, Continentale, Gothaer, Hallesche, INTER, Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV). **SIGNAL IDUNA KV: Wenn Zahnersatz jünger als 5 Jahre bitte den Zahnarzt angeben.**

Person 1

cm kg
 nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

li re
 nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja Anzahl

nein ja

ersetzt überkront

 MM/JJ MM/JJ

Person 2

cm kg
 nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

li re
 nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja Anzahl

nein ja

ersetzt überkront

 MM/JJ MM/JJ

Detailangaben zu den Fragen 1 bis 11

Wenn eine der Fragen 1 bis 11 mit „ja“ beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reich der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Frage nicht aus, so ist diese unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Pers.- Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose bzw. Art und Häufigkeit der Beschwerden, Medikamente, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung/Therapien, Operation ja/nein, ausgeheilt/beschwerdefrei seit, usw.), bei der Allianz, Continentale, Gothaer, INTER, LKH, R+V, SIGNAL IDUNA KV bitte den ärztlichen Leistungserbringer angeben.	behandelt von - bis	Arbeitsunfähig von - bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welcher Befund wurde erhoben/welche Folgen bestehen?	amb.	stat.
<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"/>

Zuschläge

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ/med. Mehrbeitrag bin ich einverstanden:

RZ für Pers. 1 2
 RZ auf Tarif
 RZ in %
 RZ in €
 RZ wegen Diagnose

Auslandsaufenthalt

nur für SIGNAL IDUNA Ist ein längerfristiger Auslandsaufenthalt geplant oder besteht eine Grenzgängereigenschaft? nein ja

Hausarzt

Haben Sie einen Hausarzt? nein ja wenn ja, bitte Fachrichtung und Anschrift angeben

Nur anzugeben bei Tarifen mit Hausarztprinzip (z.B. AXA EL Bonus) Seit wann sind Sie dort Patient/in? (MM/JJJJ)

Leistungsausschluss

Mit folgendem Leistungsausschluss für Person 1 2 bin ich einverstanden:

Krankentagegeld

Höhe des regelmäßigen, durchschnittlichen, monatlichen Einkommens der letzten 12 Monate

Angestellt

Brutto Netto

Selbständig

Versteuerter Gewinn

Dauer Gehaltsfortzahlung Tage/Woche

Ich bestätige ausdrücklich, dass das gewünschte Krankentagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen bei gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen) 1/360 des versicherbaren Nettoeinkommens der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Es wird ferner bestätigt, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer des Anspruchs aus Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für Person 1/ Person 2. Ein Elternteil ist aktiv privat pflegepflichtversichert.

Name, Vorname: bei seit

Gleichzeitig wird bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen (Definition siehe Seite 6) der beantragten Person 1/ Person 2 nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2025 = € 535,-) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nicht über der jeweils geltenden Geringfügigkeitsgrenze (2025 = € 556,-) liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für die Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegeversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachentrichten.

Bei Ehe-/ Lebenspartner: Ich beantrage die Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung. (Siehe beiliegendes Formular)