

# Beitrittserklärung



Die Zusatzversicherung für  
ergänzende Heil- und Vorsorgemethoden

Ich bin bzw. werde Mitglied der VIACTIV Krankenkasse und möchte darüber hinaus ab dem .....  
praenatura und dem Exklusivtarif Opel AktivPlus beitreten.

## Angaben zur Person

Name, Vorname ..... Telefon privat ..... Telefon dienstlich .....

Rentenversicherungsnummer oder Geburtsdatum ..... Familienstand ..... Datum der Eheschließung/Scheidung .....

Straße ..... PLZ ..... Wohnort .....

## Versichertenstatus

- Azubi/Student, voraussichtlich bis .....
- Arbeitnehmer, freiwillig versichert, arbeitslos .....
- Sonstige (z. B. Rentner) .....

Name des Arbeitgebers .....

Anspruch aus der Familienversicherung des Ehepartners oder der Eltern bis .....

**Folgende Familienangehörige sollen mit versichert werden, da für diese auch bei der VIACTIV Krankenkasse eine Familienversicherung und keine eigene Mitgliedschaft besteht.**

Name	Vorname	Ehegatte/Kind	Geschlecht	Geburtsdatum	Krankenkasse

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige praenatura, ab dem Beginn meiner Mitgliedschaft bis zum Widerruf, die Beiträge monatlich im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem nachfolgend aufgeführten Bankkonto einzuziehen.

Name des Geldinstitutes .....

IBAN ..... BIC .....

**Ich verpflichte mich, alle Änderungen (z. B. Anschrift, Versichertenstatus, Wechsel der Krankenversicherung, Bankverbindung) praenatura umgehend schriftlich mitzuteilen.**

Datum ..... Unterschrift .....

**praenatura** Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)

Bahnhofplatz 1 • 65428 Rüsselsheim  
Postfach 1761 • 65407 Rüsselsheim  
Tel. 06142 762079 • Fax 06142 750563  
Servicenummer: 01802 626266  
(6 Cent je Anruf aus dem dt. Festnetz)

Öffnungszeiten:  
Mo.–Do. 07:30–17:00 Uhr  
Fr. 07:30–15:00 Uhr  
info@praenatura.de  
www.praenatura.de

Vorstand:  
Till Oberschäfer (Vors.)  
Reiner Lunkenheimer (stellv. Vors.)  
Reinhard Brücker

Aufsichtsrat:  
Andrea Marquard (Vors.)  
Heinz-Joachim Langer (stellv. Vors.)  
Sven Dohme, Gernot Hauf

Bankverbindung:  
SEB AG, Frankfurt  
Konto: 1 015 242 100 • BLZ: 500 101 11  
IBAN: DE90 5001 0111 1015 2421 00  
BIC: ESSEDE5FXXX

# Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen ist für **jeden** Antragsteller auszufüllen, auch für Ehepartner und Kinder. Bitte gegebenenfalls eine Kopie für die mitversicherten Angehörigen fertigen und beifügen. Sollte beim Ausfüllen die angegebenen Zeilen nicht ausreichen, bitte mit Anhang zurücksenden. Nach § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes sind Sie verpflichtet, die Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch die von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls Leistungen verweigern.

Name, Vorname

Geburtsdatum

	JA	Nein
Bestehen gegenwärtig oder bestanden <b>in den letzten 3 Jahren</b> Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen? Befanden Sie sich in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Heilstätte oder Sanatorium)? Wenn ja, <b>wann<sup>(1)</sup></b> und welche (z. B. psychische Erkrankungen, Allergien, Haut- oder Krebserkrankungen, etc.)? <b>Bitte Diagnose(n) angeben!</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden <b>in den letzten 3 Jahren</b> Therapien (z. B. Akupunktur, Sauerstofftherapie, Arthroprevorbeugung, etc.) durchgeführt? Wenn ja, <b>wann<sup>(1)</sup></b> und welche? <b>Bitte Diagnose(n) angeben!</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen chronische Leiden (z. B. Herzerkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck, etc.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja: <b>Name des Arzneimittels, welche Dosierung täglich und aufgrund welcher Diagnose(n)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befanden Sie sich <b>in den letzten 3 Jahren</b> bereits in Behandlung bei einem Heilpraktiker/ Homöopathen? Wenn ja, seit <b>wann<sup>(1)</sup></b> und wegen welcher Beschwerden werden bzw. wurden Sie dort behandelt? Welche Therapie(n) wurde(n) durchgeführt, welche(s) Medikament(e) (Name, Dosierung, Diagnose) verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Bitte möglichst immer den genauen Zeitraum angeben. Falls vorhanden, Rechenkopien beifügen.

## Datenfreigabeerklärung

Ich bin darüber informiert, dass zu Beginn der Mitgliedschaft bei praenatura die Mitgliedschaft bei der VIACTIV Krankenkasse Voraussetzung ist. Zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen Verwaltung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Krankenversicherung Sozialdaten von mir und meinen mitversicherten Angehörigen an praenatura mitteilen darf. Dies erfolgt ausschließlich zur Prüfung der Leistungsberechtigung und Beitragseinstufung. Eine andere als die genannte Verwendung ist ausgeschlossen. Weiterhin entbinde ich meinen behandelnden Arzt/Heilpraktiker von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift