

Unverbindlicher Antrag auf Abgabe eines Angebotes für eine Krankheitskostenzusatzversicherung

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

(Antragsteller/in muss mindestens 18 Jahre alt sein, bitte nur den Namen einer Person eintragen)

Beraten von:

Gewünschter Versicherungsbeginn*:

Name/Vorname*:

Geburtsdatum: Geschlecht*: männlich weiblich

Straße/Nummer*:

PLZ/Wohnort*:

Telefon privat*: Mobil:

Fax/E-Mail: Telefon beruflich:

Name des Arbeitgebers*:

Mitglied der VIACTIV Krankenkasse ab/seit*:

Zu versichernde Person

Name/Vorname (sofern nicht Antragsteller/in): Krankenversicherungsnummer:

Geburtsdatum: Geschlecht*: männlich weiblich

Familienstand*: ledig verheiratet seit:

geschieden/verwitwet seit:

*Pflichtfelder – diese bitte unbedingt angeben.

Einzugsermächtigung

Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, ermächtige ich praenatura bereits jetzt widerruflich, die Beiträge von dem nachstehenden Konto einzuziehen. Bis zum Zugang der auf das Angebot erfolgenden Annahmeerklärung beim Versicherer ergeben sich aus der Erteilung der Einzugsermächtigung keine Rechte und Pflichten.

Zahlungsweise monatlich zum 05. eines Monats.

IBAN: BIC:

Name und Anschrift des Geldinstituts/Filiale:

Kontoinhaber/in (sofern nicht Antragsteller/in)

Name/Vorname:

Ort, Datum, Unterschrift

Kontoinhaber/Kontoinhaberin (sofern nicht Antragsteller)

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Nach § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen (Anzeigepflicht). Ihre Angaben zu den nachfolgend aufgeführten Fragen stellen derartige Gefahrumstände dar. Die Fragen sind daher nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Die Verletzung dieser Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden des Antragstellers bzw. der zu versichernden Person) vom Vertrag zurücktreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann; dies kann auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle gelten.

Gesundheitsangaben

Derzeitige Körpergröße in cm:

Derzeitiges Körpergewicht in kg:

- Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Verletzungen, sonstige Gesundheitsstörungen, Behinderungen oder sind Behandlungen beabsichtigt bzw. angeraten?
ja nein
- War in den letzten 5 Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt, ein Aufenthalt in Sanatorien, Heilanstalten, eine Operation etc. erforderlich?
ja nein
- Wurden in den letzten 3 Jahren Therapien durchgeführt (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie, Akupunktur, Chiropraktik, Osteopathie usw.)?
ja nein

4 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig wiederkehrend Medikamente in Form von Tropfen oder Tabletten ein (auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) bzw. wurden Salben, Sprays oder Injektionen angewendet?

ja nein

Wenn Sie bei den Fragen 1 bis 4 an einer Stelle mit „Ja“ geantwortet haben, fahren Sie bitte mit Frage 5 bis 8 fort.

5 Bestanden innerhalb der vergangenen 12 Monate oder bestehen – eine oder mehrere – der nachfolgend aufgelisteten Beschwerden (zumindest anhaltend oder wiederkehrend)?

- | | | |
|---|---|---|
| Bauch- oder Magenschmerzen | Erschöpfung, Müdigkeit bei leichter Anstrengung | Unangenehme Kribbelempfindungen |
| Rückenschmerzen | Herzklopfen, Herzrasen oder Druckgefühl in der Herzgegend | Vermehrtes Aufstoßen, Schluckauf, Schwierigkeiten beim Schlucken, Brennen im Bereich Brust oder Magen |
| Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüfte usw.) | Kurzatmigkeit, Atemnot | Appetitverlust |
| Muskelschwäche | Verstopfung oder Durchfall | Schweißausbrüche, Hitzewallungen |
| Kopf- oder Gesichtsschmerzen | Nervöser Darm und/oder Blase | Flecken oder Farbänderungen der Haut |
| Schmerzen im Brustbereich | Übelkeit oder Erbrechen | Ohrgeräusche |
| Schwindel | Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | |
| Ohnmachtsanfälle | | |

6 Bestanden innerhalb der vergangenen 5 Jahre oder bestehen – eine oder mehrere – der nachfolgend aufgelisteten Krankheiten, Unfallfolgen oder anderen Gesundheitsstörungen?

a) Allergien und Unverträglichkeiten (Intoleranzen)

- Heuschnupfen/Pollenallergie
- Asthma Bronchiale
- Kontaktallergie
- Allergie gegen Tierhaare
- Nahrungsmittelallergie, -unverträglichkeit
- Laktoseintoleranz
- Fructoseintoleranz

b) Stütz- und Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder, Sehnen)

- Bandscheibenschaden
- HWS/BWS/LWS-Syndrom
- Lumbago/Hexenschuss
- Schulter-, Armsyndrom
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Bänderriss, -dehnung
- Meniskusschaden
- Knorpelschaden
- Gicht
- Rheuma
- Arthritis (Lokalisation angeben → 7)
- Arthrose (Lokalisation angeben → 7)
- Fibromyalgie
- Sehnenscheidenentzündung (Tendovaginitis)
- Tennisellenbogen (Epicondylitis)
- Kalkschulter (Periarthritis)
- Fersensporn
- Karpaltunnelsyndrom

c) Haut

- Neurodermitis/Atopisches Ekzem
- Aktinische Keratose
- Dermatosen
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- Ekzem

d) Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)
- Erhöhter Cholesterinspiegel
- Erhöhte Triglyzerid-Werte
- Erhöhte Harnsäure-Werte
- Erhöhte Leber-Werte

e) Verdauungsorgane

- Magenbeschwerden
- Speiseröhrenentzündung (Ösophagitis)
- Darmerkrankung
- Bauchspeicheldrüsenerkrankung
- Leber- und Gallenerkrankung
- Colitis Ulcerosa
- Morbus Crohn

f) Nieren und Harnwege

- Entzündung Harnleiter/Blase
- Nierenbeckenentzündung
- Harnleitersteine
- Nierensteine/Nierengries
- Prostataerkrankung

g) Herz und Kreislauforgane

- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörung
- Schlaganfall
- Thrombose
- Varizen/Krampfadern
- Durchblutungsstörung des Herzens und der Gefäße
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

h) Drüsen und Blut

- Jodmangel
- Jodmangelstruma (Vergrößerung der Schilddrüse)
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Hashimoto Thyroiditis
- Lymphadenitis
- Hormonstörung

i) Gemüt und Psyche

- Schlafstörungen
- Neurosen
- Depressionen
- Anpassungsstörungen
- Angstzustände
- Psychosen
- ADS/ADHS
- Burn-Out-Syndrom
- Magersucht/Bulimie

- Alkoholabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit

j) Gehirn und Nerven

- Anhaltende und/oder wiederkehrende Kopfschmerzen
- Migräne
- Multiple Sklerose
- Morbus Parkinson
- Demenzielle Störungen

k) Infektionskrankheiten

- Herpes Simplex Infektion
- Gürtelrose (Herpes Zoster)
- Hepatitis
- Borreliose
- Infektanfälligkeit

l) Weibliche Brust und Unterleibsorgane Gutartige Neubildungen der Brust (Zysten und Fibrome)

- Entzündungen der Brust (Mastitis)
- Gebärmuttergeschwulst (Myome)
- Menstruationsstörungen
- Vaginale Pilzkrankungen (Vaginalmykose)
- Eierstockentzündungen

m) Sonstige

- Hämorrhoiden
- Ohrgeräusche/Tinnitus
- Nebenhöhleninfektion (Nase, Kiefer, Stirn)
- Schlafapnoe
- Augenerkrankung
- Gutartige Neubildungen (Geschwülste)
- Bösartige Neubildungen (Geschwülste)

n) Gibt es weitere Erkrankungen, die durch die obigen Ausführungen nicht abgefragt wurden?

Wenn „Ja“, bitte aufführen:

.....

.....

.....

.....

.....

7 Erläuterungen zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen

Nr. 1 bis Nr. 6 unter Angabe der Ziffer der jeweiligen Frage.

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an!

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte die Ergänzungen auf einem **unterschiedenen** Zusatzblatt vor. **Zusatzblatt benutzt? Ja** (wird Bestandteil des Vertrages)

Zur Frage Nr.	Genauere Krankheitsbeschreibung (Diagnose) Art der Beschwerden zu Frage 4: Name des Präparates	behandelt von-bis	amb. (x)	stat. (x)	Arbeitsunfähig von-bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapien)	Welche Folgen bestehen?

8 Angaben zu Ärzten/Ärztinnen

Zur Frage Nr.	Name und genaue Anschrift (Straße/Nr./PLZ/Ort) des Arztes/der Ärztin	Fachrichtung

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte aufmerksam die „Hinweise und Erklärungen“ auf der Rückseite.

Die Erklärungen enthalten unter anderem Einwilligungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Personen zur Entbindung der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung (siehe Rückseite); sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die „Hinweise und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrages.

Ich habe die mir vorstehend gestellten Fragen allesamt gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet. Mir war dabei bewusst, dass sich der sie mir stellende praenatura VVaG unter anderem auf der Grundlage meiner Antworten dazu entschließen wird, meinen Versicherungsantrag abzulehnen oder anzunehmen. Die Annahme kann auch vorbehaltlich noch zu vereinbarenden Beitragszuschläge erfolgen.

Die Durchschrift des Antrages habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
(bei Minderjährigen Unterschrift ihres gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift der zu versichernden Person
(soweit volljährig und nicht Antragsteller/Antragstellerin)