



Antrag auf Zusatzversicherung Tarif „NaturPlus“

Gesundheitsfragebogen

VIACTIV MehrNatur
Ein Angebot der praenatura

Unverbindlicher Antrag auf Abgabe eines Angebotes für eine Krankheitskostenzusatzversicherung

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

Beraten von:

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

Gewünschter Versicherungsbeginn*:

Name/Vorname*:

Geburtsdatum*: Geschlecht*: männlich weiblich

Straße/Nummer*:

PLZ/Wohnort*:

Telefon privat*: Mobil:

Fax/E-Mail: Telefon beruflich:

Name des Arbeitgebers*:

Krankenversichert bei*: ab/seit*:

Zu versichernde Person

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

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:

1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Verletzungen, sonstige Gesundheitsstörungen, Behinderungen oder sind Behandlungen beabsichtigt bzw. angedacht?

ja nein

2 War in den letzten 5 Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt, ein Aufenthalt in Sanatorien, Heilanstalten, eine Operation etc. erforderlich?

ja nein

3 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)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bauch- oder Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Erschöpfung, Müdigkeit bei leichter Anstrengung | <input type="checkbox"/> Unangenehme Kribbelempfindungen |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzrasen oder Druckgefühl in der Herzgegend | <input type="checkbox"/> Vermehrtes Aufstoßen, Schluckauf, Schwierigkeiten beim Schlucken, Brennen im Bereich Brust oder Magen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüfte usw.) | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit, Atemnot | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Verstopfung oder Durchfall | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche, Hitzewallungen |
| <input type="checkbox"/> Kopf- oder Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> Nervöser Darm und/oder Blase | <input type="checkbox"/> Flecken oder Farbänderungen der Haut |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustbereich | <input type="checkbox"/> Übelkeit oder Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> 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 →?)
- Arthrose (Lokalisation angeben →?)
- Fibromyalgie
- Sehnscheidenentzündung (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 Thyreoiditis
- 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 auflisten:

.....

.....

.....

.....

Hinweise und Erklärungen

Schweigepflichtsentbindung

1. Mir ist bekannt, dass praenatura – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsangebots überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Heilpraktiker und sonstige anerkannte Heilpersonen, Angehörige von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der praenatura die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – die Angehörigen gesetzlicher Krankenkassen und anderer Personenversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe, die erforderlichen Auskünfte, einschließlich der personenbezogenen Gesundheitsdaten, zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für praenatura konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend bis zu fünf Jahre nach Antragstellung.
2. Mir ist ferner bekannt, dass praenatura zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder sonstiger Krankenanstalten oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Prüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht. Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt Ärzte, Heilpraktiker und sonstige anerkannte Heilpersonen, Angehörige von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige Sie die erforderlichen Angaben, einschließlich der personenbezogenen Gesundheitsdaten, zu erteilen. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen gesetzlicher Krankenkassen und anderer Personenversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.
3. Die Erklärung gem. Ziffer 1 und 2 gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
4. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung gem. Ziffer 1–3 widerrufen und verlangen kann, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, soweit ich in die jeweilige einzelne Erhebung eingewilligt habe.
praenatura wird mich in jedem Falle vor jeder einzelnen Erhebung gem. Ziffer 1–3 unterrichten und mich dabei auf mein jederzeitiges Widerrufsrecht hinweisen.

Datenfreigabeerklärung

1. Ich bin darüber informiert, dass zu Beginn der Mitgliedschaft bei praenatura die Mitgliedschaft bei der VIAC-TIV Krankenversicherung Voraussetzung ist. Zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen Verwaltung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Krankenversicherung an praenatura und praenatura an meine Krankenversicherung personenbezogene Daten mitteilen darf: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Mitgliedschaftszeiten, Arbeitgeberbetriebsnummer, Versichererstatus (einschließlich des voraussichtlichen Endes der Ausbildung sowie der studentischen Krankenversicherung). Dies erfolgt ausschließlich zur Prüfung meiner Leistungsberechtigung und Beitragseinstufung bei praenatura. Eine andere als die genannte Verwendung ist ausgeschlossen.
2. Die Erklärung gem. Ziffer 1 gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) einschließlich der Tarifbestimmungen (TB) des Tarifs werden mir spätestens mit dem Vertragsangebot übersandt.

Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.

Ansprechpartner bei Fragen und Beschwerden

- a) **Wir sind für Sie Ansprechpartner/in, wenn Sie Fragen oder Anlass zu Beschwerden haben. Wir sind stets bestrebt, Klärung bzw. Abhilfe zu schaffen.**
- b) Da der praenatura VVaG keinem Verband angehört und somit der Versicherungsombudsmann e. V. nicht für ihn tätig wird, nimmt der praenatura VVaG nicht an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Hiervon unberührt bleibt dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Aufsicht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
Tel. 0228 4108-0,

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung (die Annahme unseres Vertragsangebots) innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform mit Ihrer Unterschrift (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem Ihnen der Versicherungsschein, die Tarifbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Sie beginnt also in keinem Falle, bevor Sie uns die Erklärung der Annahme unseres Angebots auf Abschluss des Versicherungsvertrages zurückgeschickt und im Gegenzug Ihren Versicherungsschein von uns erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: **praenatura**, Bahnhofplatz 1, 65428 Rüsselsheim.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 06142 953 83 80, bei einem Widerruf per E-Mail senden Sie diese bitte an: info@praenatura.de.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.



Die Zusatzversicherung für
ergänzende Heil- und Vorsorgemethoden

praenatura VVaG
Bahnhofplatz 1 • 65428 Rüsselsheim

Tel. 06142 953 83 0
Fax 06142 953 83 80
E-Mail info@praenatura.de

Geschäftszeiten:
Mo.–Do. 07:30 –16:00 Uhr,
Fr. 07:30 –15:00 Uhr

www.praenatura.de