

	1. Person	2. Person
5. Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung, Behandlung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körpermitelimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls „ja“, bitte Kopie des Feststellungsbescheides mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptrienwerte ab + 8/- 8 bitte angeben.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Bei Fehlsichtigkeit gilt für die jeweilige Person ggf. folgender monatlicher Zuschlag als vereinbart: für Tarif AE: 2,50 €; für Tarif BEa.50/BEb.50/BEc.50: 0,85 €; für Tarif BEa.70/BEb.70/BEc.70: 1,20 €; für Tarif BEa.80/BEb.80/BEc.80: 1,35 €.</b>	rechts <input type="text"/>	rechts <input type="text"/>
	links <input type="text"/>	links <input type="text"/>

**Nur für Tarife mit Zahnversicherungs-schutz**

12. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) oder Behandlungen bei einem Zahnarzt statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan beifügen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:		
15. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne <input type="text"/>	Anzahl Zähne <input type="text"/>
16. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne, einschließlich Implantate, Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen)? (Bei Brücken sind alle betroffenen Zähne einzeln zu zählen, inklusive Anker- bzw. Pfeilerzähne.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne <input type="text"/>	Anzahl Zähne <input type="text"/>
Nur zu beantworten, wenn eine Zahn-Zusatzversicherung beantragt wird:		
17. Ist eine Aufbiss- oder Knirscherschiene vorhanden oder wurde eine solche verordnet bzw. ist eine solche notwendig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt/Heilpraktiker kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt?

	Name und Anschrift		keiner vorhanden
<b>1. Person</b>	Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	Zahn- arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Person</b>	Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	Zahn- arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14**

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde (bei Vorsorge-, Routine- und Kontrolluntersuchungen bitte die Untersuchungsergebnisse angeben), Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft aufgetreten?	Von wann/ bis wann?	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Weitere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14**

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der Sie behandelnden Person bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so verwenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt oder unser Formular VG 12 als Anlage.

Anzahl:

**Zusatzangaben für Tarif FÖRDERbar.**

**1. Person**

Geburtsname	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)	

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer<sup>1</sup>

**2. Person**

Geburtsname	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)	

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer<sup>1</sup>

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif FÖRDERbar nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter „Erklärung des Antragstellers“ von der zu versichernden Person erfüllt werden.

<sup>1</sup> Für die zulageberechtigte Person ist bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben. Die zu versichernde Person bevollmächtigt daher die Hallesche, eine sogenannte Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen.

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die Hallesche mit Antragstellung unwiderruflich, die Zulage für jedes Jahr bei der zentralen Stelle zu beantragen. Die versicherte Person willigt ein, dass die personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Stelle übermittelt werden.

**Angaben zu der zu versichernden Person**

Der Gesetzgeber knüpft die Versicherungsfähigkeit in dem von Ihnen beantragten Tarif FÖRDERbar an spezielle Voraussetzungen. Diese sind:

- Die zu versichernde Person hat das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde Person ist in der sozialen (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert.
- Die zu versichernde Person bezieht derzeit keine Leistungen aus der SPV oder PPV und hat auch bisher keine Leistungen aus der SPV oder PPV bezogen. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil die zu versichernde Person vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, erhält oder erhalten hat.

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person alle Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

**Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit für die versicherte Person führt (insbesondere auch das Ende der Versicherung in der SPV oder PPV), unverzüglich in Textform mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.**

**Beantragung Wartezeitverzicht in Tarif FÖRDERbar (optional)**

In Tarif FÖRDERbar gilt eine Wartezeit von 5 Jahren. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus verzichtet die Hallesche auf die Wartezeit, falls Sie die unten stehende Gesundheitsfrage für die zu versichernde Person bestätigen.

**Bitte beachten Sie auch den ausführlichen „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13)“ bei den Angaben zum Gesundheitszustand.**

**1. Person**

Hiermit bestätige ich, dass

**2. Person**

Hiermit bestätige ich, dass

- keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht,
- keine kindliche Entwicklungsstörung (Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/ oder Rechenstörung zählen nicht dazu) besteht,
- keine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit besteht bzw. kein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt wurde
- und aktuell und/oder in den letzten 5 Jahren keine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen bestehen oder bestanden haben:
  - **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
  - **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
  - **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystenieren
  - **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
  - **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber