

Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

Wichtig: Beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf der Folgeseite.

Gegenwart

1. Körpergröße und Körpergewicht:
2. Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?
3. Besteht eine Fehlsichtigkeit?
4. Besteht eine HIV-Infektion?
5. Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?
6. Besteht eine anerkannte Behinderung? **Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.**

Person 1

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 2

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 3

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 4

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Vergangenheit

7. Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?
8. Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?
10. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?

nein ja nein ja nein ja nein ja
 nein ja nein ja nein ja nein ja
 nein ja nein ja nein ja nein ja
 nein ja nein ja nein ja nein ja

Zukunft

11. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?

nein ja nein ja nein ja nein ja

Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:

12. Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? **Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.**
13. Fehlen Zähne - außer Weisheitszähnen - im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:

nein ja nein ja nein ja nein ja
 nein ja nein ja nein ja nein ja
 Anzahl: Anzahl: Anzahl: Anzahl:

Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind. (Zu den Fragen 7. bis 10. brauchen für bereits versicherte Personen Einzelheiten über Krankheiten oder Behandlungen nicht angegeben zu werden, die der Barmenia Krankenversicherung AG durch Leistungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt sind.)

Zu Pers.	Zu Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Beschwerden, Unfallfolgen, Arzneimittel und Dosierung, Untersuchungsergebnisse, zu behandelnde Zähne	Operation	ambulante Behandlungen von - bis	stationäre Behandlungen von - bis	ausgeheilt ja, seit	nein	Anzahl der AU-Tage	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<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"/>	<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"/>		<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"/>			<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"/>	<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"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt (bitte auch unterschreiben) als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. **Lesen Sie bitte zudem die nachfolgende gesamte „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.** Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt.** **Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie mitunterzeichnende zu versichernde Personen die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab.**

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum Antragsteller Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller Antragsvermittler / Telefon
 Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist