

**Sonstige Kranken-/Pflegeversicherungen und Ansprüche der zu versichernden Personen**

1. Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen gesetzlich oder privat kranken-/pflegeversichert?

Pers.	von	bis	Vers.-Pflicht	
			nein	ja
<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"/>

2. Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?  nein  ja  
 Person, Versicherer, Einzelheiten \_\_\_\_\_

3. Wurde ein Krankenversicherungsvertrag vom Versicherer angefochten oder durch Rücktritt beendet oder wurde ein Antrag auf Krankenversicherung abgelehnt?  nein  ja \_\_\_\_\_

4. Besteht Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe im Krankheitsfall?

Für Pers.	Heilfürs. nein	Beihilfe im Krankheitsfall ja	Bund/Land	%	Für Pers.	Heilfürs. nein	Beihilfe im Krankheitsfall ja	Bund/Land	%	Für Pers.	Heilfürs. nein	Beihilfe im Krankheitsfall ja	Bund/Land	%
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**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**

	Person 1	Person 2	Person 3
1. Körpergröße und Körpergewicht:	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg
2. Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Besteht eine HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Besteht eine anerkannte Behinderung? <b>Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Zukunft**

11. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---	---	---

**Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:**

12. Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <b>Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>

**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"/>		

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
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit erkläre ich, dass die an den Anträgen beteiligten Personen die Unterschrift in meiner Gegenwart eigenhändig geleistet haben.

Antragsvermittler / Telefon

Register-Nr.: