

7. Angaben zum Gesundheitszustand

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie nochmals den Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und die Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Hinweis: Durchgeführte Gentests (Erläuterung im Antrag) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden. Mit ‚ja‘ beantwortete Fragen unter Punkt 7.5. bitte näher erläutern.

7.1 derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen		Person 1		Person 2	
		Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
7.1.1	Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.1.2	Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 6 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2500 Gramm? (Bei Bejahung: Bitte Vorlage von Kopien aller bisher durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungsbögen.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.1.3	Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.1.4	Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z.B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen oder Wehrdienstbeschädigungen, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsbescheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. Grad der Behinderung / Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.1.5	Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.1.6	Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien?	<input type="checkbox"/> nein links	<input type="checkbox"/> ja rechts	<input type="checkbox"/> nein links	<input type="checkbox"/> ja rechts
7.1.7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.1.8	Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen, ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gesundheitszustand in den letzten Jahren Hiermit bestätige ich, dass der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG/Union Krankenversicherung AG alle relevanten Informationen gemäß der Gesundheitsfragen 7.2.1 bis 7.4.1 bekannt sind bzw. alle Rechnungen eingereicht wurden. Eine Beantwortung der Gesundheitsfragen 7.2.1 bis 7.4.1 ist dann nicht erforderlich. (Nur bei Vertragsänderung möglich.)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.2 Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren					
7.2.1	Erfolgt in den letzten drei Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)? Die Frage kann verneint werden bei ausschließlichem Vorkommen von: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akuter Magen-Darm-Infektionen, Geburt und Entbindung jeweils ohne Komplikationen und Folgen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.2.2	Wurden in den letzten drei Jahren oder werden zurzeit Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen genommen? Falls ja: wann? welche? weshalb? wie lange und in welcher Dosierung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.3 Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren					
7.3.1	Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.4 Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren					
7.4.1	Wurden in den letzten zehn Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

7.5 Bitte machen Sie bei den mit ‚ja‘ beantworteten Fragen hier nähere Angaben

zu Person	zu Frage	Genauere Angaben über die Art der Krankheit (Diagnose) Behandlung, Untersuchung, Verletzung, Unfallfolge, Beschwerde, Prothese, Anomalie, des Gebrechens, Organfehlers, Körperimplantates, der Behinderung, Wehrdienstbeschädigung; Name/Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittels, der Droge, ggf. Entbindungstermin	Behandlung von / bis	Operation	Folgenlos ausgeheilt?		
					nein: folgen weitere Behandlungen oder sind weitere Behandlungen geplant und zwar	ja: ausgeheilt und beschwerdefrei seit Monat / Jahr	besteht Nagelung (oder Ähnliches, bei Knochenbrüchen u. ä.) die noch entfernt werden muss?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.

Ich möchte dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen. Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG bzw. der Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Die Fragen 7.6 bis 7.8 nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen beinhaltet.

		Person 1		Person 2	
7.6	Finden zurzeit zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen statt oder sind derartige Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten? Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan beifügen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		wenn ja: Art der Behandlung?	<input type="text"/>	wenn ja: Art der Behandlung?	<input type="text"/>
7.7	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? Zähne, die noch nicht dauerhaft / nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahren)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		wenn ja: Anzahl?	<input type="text"/>	wenn ja: Anzahl?	<input type="text"/>
7.8	Besteht Zahnersatz (ersetzte und / oder überkronte Zähne, inkl. herausnehmbarer Zahnersatz), der älter als sechs Jahre ist? Jeder ersetzte und / oder überkronte Zahn (inklusive Kronen in Verbindung mit einer Brücke oder Implantat) ist einzeln zu zählen. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		wenn ja: Anzahl?	<input type="text"/>	wenn ja: Anzahl?	<input type="text"/>

Zusatzfragen für Pflegetagegeldtarife (außer FörderPflege)

	Person 1	Person 2
7.9 Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt oder ist geplant oder angeraten, einen Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung zu stellen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.10 Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %*) oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten? *) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.11 Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine ärztlich festgestellte Entwicklungsstörung/-verzögerung? (Beantwortung nur bei Kindern bis einschließlich Eintrittsalter 7 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Vorversicherungen oder bestehende bzw. beantragte Versicherungen

	Person 1	Person 2
8.1 Bestehende bzw. beantragte Versicherungen in den letzten fünf Jahren Krankheitskosten-Versicherung (PKV, GKV, Heilfürsorge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Nichtversicherungszeiten ab 01.01.2009 nicht zu beantworten bei einem unmittelbaren Übertritt aus einer deutschen PKV, GKV oder Heilfürsorge	Grund? <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	Grund? <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Krankentagegeld (bei PKV, GKV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung) oder besteht bei einer Lebensversicherung eine Pflegerentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz oder Höhe der Leistung <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz oder Höhe der Leistung <input type="text"/>
8.2 Wurde in den letzten fünf Jahren ein Antrag/ Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt oder beendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? <input type="text"/>
8.3 Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer mehr als ein Monatsbeitrag Zahlungsrückstand?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die BK/UKV kann hinsichtlich der Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer halten.