

Antragsteller:

Antrag vom:

Beantragte Tarife bzw. zu ändernde Tarife (Bestehende und nicht angegebene Tarife bleiben unverändert.) - Fortsetzung

Person 3			Person 4		
Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag	Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag
Zuschlag		<input type="text"/>	Zuschlag		<input type="text"/>
gesetzlicher Vorsorgezuschlag		<input type="text"/>	gesetzlicher Vorsorgezuschlag		<input type="text"/>
Gesamtmonatsbetrag Person 3		<input type="text"/>	Gesamtmonatsbetrag Person 4		<input type="text"/>
Monatlicher Gesamtbetrag aller Personen		<input type="text"/>	Bei einem längerem Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen.		

Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG auf der Seite 8 dieses Antragsformulars unter dem Punkt "Wichtige Hinweise".

Fragen an die zu versichernden Personen

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht. Solche Untersuchungen werden weder verlangt noch deren Ergebnisse oder Daten verwendet. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen oder Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.
Wichtiger Hinweis, wenn schon bei uns krankenversichert: Die nachstehenden Fragen sind immer zu beantworten. Werden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere Angaben unter Ziffer 16 erforderlich. Sind uns Einzelheiten durch Einreichen von Rechnungen und/oder schriftliche Mitteilung bereits bekannt, ist dies unter Ziffer 16 zu vermerken.

Die Fragen 2 - 15 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 16 zu machen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1 Größe cm				
Gewicht kg				
2 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet? Bitte Dioptrienwerte unter Ziffer 16 angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Wurde 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4 Die nachstehende Frage ist nicht zu beantworten für Krankheitskostenvollversicherungstarife und dazugehörige Krankentagegeldtarife sowie die Optionstarife Futura, flexSI, flexSI-B und flexSIprivat: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, (Kontroll-)Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Erfolgt in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) oder Behandlungen/ Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11 Die nachstehende Frage ist für die Tarife PflegeSTART, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS zu beantworten: Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder einen werdenden Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Die nachstehenden Fragen sind erst ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren für alle Tarife mit Zahnkostenerstattung sowie Tarife mit Optionsrecht zu beantworten. Für die Tarife ZahnBASISpur und Z50-3 ist nur die Frage 12 zu beantworten:				
12 Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<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 Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14 Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15 Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für „keine“ bitte eine „0“ eintragen) a) Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheits- und Milchzähne)? b) Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)? davon älter als 5 Jahre:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sofern Zähne vor weniger als 5 Jahren ersetzt oder überkront wurden, ist für Vollversicherungs- und Beihilfetarife der Name und die Anschrift des behandelnden Zahnarztes unter Ziffer 16 anzugeben.				

Antragsteller:

Antrag vom:

Fragen an die zu versichernden Personen - Fortsetzung

Table with 10 columns: Person Nr., Frage Nr., Dioptrienwerte rechts/links, Art der Krankheit, Behandlungsdaten, Operation, behandlungs-/beschwerdefrei, Folgerscheinungen. Includes instructions for filling out the form.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben)

Vorversicherungen/bestehende Versicherungen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns auch diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten... Includes questions 1-6 about existing insurance and response options for Person 1-4.

Nähere Angaben zu den Fragen 1. - 6. - Bitte geben Sie zumindest alle Vorversicherungen der letzten zwei Jahre vor dem beantragten Versicherungsbeginn an: Table with 10 columns for insurance details.

Zusatzklärung für Versicherte aus der Privaten Krankenversicherung Besteht für den Antragsteller (VN) und/oder für eine der zu versichernden Personen beim derzeitigen privaten Krankensversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?

Es steht Ihnen frei, die nachstehende Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankensversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Angabe zum Hausarzt bei Beantragung der Tarife (R)-START-B/ (R)-START/ (R)-START-PLUS/ (R)-KOMFORT

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes (z. B. Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist etc.), der im Versicherungsverlauf als „Hausarzt“ in Anspruch genommen werden soll: Includes fields for Person 1-4.

Wartezeiten (sofern der/die beantragte(n) Tarif(e) Wartezeiten vorsieht/vorsehen) Table with 5 columns for Person 1-4 and 2 rows of questions regarding waiting periods.