

Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf diesem Antrag, sondern in der „Erklärung vor dem Arzt“ (VG 152) gemacht.

Hinweis: Der Antrag ist nur gültig, wenn die „Erklärungen vor dem Arzt“ für die Personen Nr.  vorliegen!

### Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

#### Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

##### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

VG 13 - 01.21

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

#### 1. Person

#### 2. Person

Größe/cm	Größe/cm
Gewicht/kg	Gewicht/kg

- Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorge- und Routineuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?
- Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt? (Bei Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. – Definition „Eintrittsalter“ siehe „Seite 1“.)
- Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?
- Findet derzeit oder fand in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?

<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
<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



**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, Zystennieren
  - **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