

## Risikozuschläge / Leistungsausschlüsse (RZ / LA)

	RZ/LA für Person	auf Tarif(e)	RZ in EUR	RZ/LA wegen Diagnose
Mit folgendem Risikozuschlag (RZ)/ Leistungsausschluss (LA) bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

## Gesundheitsangaben

Wir machen einen Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen (prädiktive Gentests, die zur Ermittlung von Veranlagungen für Krankheiten dienen) oder der Überlassung entsprechender Daten abhängig. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.

**Bitte beachten Sie:** Für die Tarife R+V-Pflege FörderBahr (PKB), Klinik classic (K3/K3U), Blick + Check (BC1-BC3/BC1U-BC3U), Zahn (Z1-Z3/Z1U-Z3U) sowie Tarife mit der Zusatzbezeichnung plus (P1-P3/P1U-P3U), Tarif FernWeh (ARED) und ZahnVorsorge (ZV) müssen die Gesundheitsfragen nicht beantwortet werden. Sofern ausschließlich Krankentagegeld (TE06/10 EUR oder TE06/15 EUR) beantragt wird, müssen nur Körpergröße und Gewicht angegeben sowie die Gesundheitsfragen 3 und 4a beantwortet werden.

Falls der Antragsteller Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann er dies innerhalb einer Woche ab Antragstellung unmittelbar dem Vorstand gegenüber in schriftlicher Form nachholen.

	Person 1		Person 2	
Wie groß und wie schwer sind Sie?	<input style="width: 40%;" type="text"/> cm	<input style="width: 40%;" type="text"/> kg	<input style="width: 40%;" type="text"/> cm	<input style="width: 40%;" type="text"/> kg
1. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder wurde dies empfohlen wegen Krebs- bzw. Tumorerkrankungen, der Psyche, des Gehirns oder Nervensystems, Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, einer HIV-Infektion? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen helfen: - Krebs- bzw. Tumorerkrankungen: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren - Psyche: Anzugeben sind auch angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen - Gehirn oder Nervensystem: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen - Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen: Anzugeben sind auch Empfehlungen den Konsum zu reduzieren und/oder zu unterlassen - HIV-Infektion: Anzugeben sind auch ausstehende Testergebnisse, Kontrollen und/oder Verdachtsdiagnosen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2. Stationärfrage und Operationen (auch ambulante): a) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen stationären Aufenthalt oder erfolgte eine Operation (auch ambulant)? b) Ist ein stationärer Aufenthalt oder eine Operation (auch ambulante) in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen 2a und 2b helfen: Anzugeben sind (auch angeratene) Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Was zählt zu einem stationären Aufenthalt? Hiermit sind Aufenthalte in einer Klinik, einem Krankenhaus, einer Universitäts-Klinik, psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik, Rehabilitations-Klinik, Kur-Klinik, einem Sanatorium, einer Schönheitsklinik oder einem Fertilitätszentrum zu verstehen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3. Ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen: a) Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden? b) Ist dies in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen 3a und 3b helfen: Anzugeben sind (auch angeratene) Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund sind/waren.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
4. Besteht bzw. bestehen a) Allergien, Beschwerden, Krankheiten, organische oder körperliche Anomalien, Unfallfolgen und/oder haben Sie Körperimplantate und/oder Prothesen? Anzugeben sind die oben genannten Punkte auch dann, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind. b) eine Sterilität, Infertilität und/oder ein unerfüllter Kinderwunsch? Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. c) eine körperliche oder geistige Einschränkung, ein Grad der Behinderung, ein Grad der Schädigungsfolge, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Erwerbsminderung und/oder -unfähigkeit oder eine Berufsunfähigkeit? Anzugeben sind auch laufende oder abgelehnte Anträge, angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet? Anzugeben sind Medikamente und die dazugehörigen Diagnosen bzw. Beschwerden. Nicht anzugeben sind Impfungen und die Pille (Kontrazeptiva), sofern diese nur zur Verhütung verschrieben wurde.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfetarife) oder Tarif OT/OTB oder Tarif AGU beantragt wird:</b>				
6. Zahnfragen a) Bestehen Beschwerden oder Krankheiten der Zähne, des Zahnfleisches oder des Kiefers bzw. befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren. b) Ist eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt oder angeraten? Bitte Heil- und Kostenplan beifügen. c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähne – die noch nicht ersetzt sind? Anzugeben sind auch nicht angelegte Zähne (außer Weisheitszähne).	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"/>	
	wenn ja, wie viele? <input style="width: 80%;" type="text"/>		wenn ja, wie viele? <input style="width: 80%;" type="text"/>	

**Hinweis zu Krankenversicherungen, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht ganz oder teilweise ersetzen: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Leistungen im Zusammenhang mit einer bestehenden bekannten Schwangerschaft, einschließlich Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen. Tarif FernWeh (ARED) enthält hierzu abweichende Regelungen.**

**Hinweis zu Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Unter den Versicherungsschutz fallen nur Leistungen für dauerhaft ersetzte Zähne und bei Vertragsabschluss vorhandene natürliche Zähne sowie Zahnersatzmaßnahmen bzw. kieferorthopädische Behandlungen, die bei Vertragsabschluss weder begonnen noch angeraten bzw. geplant waren. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen.**

### Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen

zu Pers.	zu Frage	Einzelheiten: z. B. Diagnosen, Beschwerden, Medikamente, zahnärztliche Maßnahmen etc.	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Behandlung abgeschlossen?		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					ja, seit	nein	
					<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 dieser Platz nicht aus, so sind weitere Angaben auf einem Beiblatt zu machen. Beiblatt: ja  nein

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben).

zu Pers.:	
zu Pers.:	

### Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

**Übertritt von GKV/PKV Person**  1  2 Nachweis  folgt  liegt bei

Ich beantrage die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung in der GKV/PKV auf die Wartezeiten.

**Ärztliche Untersuchung Person**  1  2

Ich beantrage den bedingungsgemäßen Wartezeiterlass (ausgenommen Leistungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und aus Tarif PT) aufgrund einer ärztlichen Untersuchung, deren Kosten ich trage. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt beim Versicherer nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Krankenversicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

### Sonstige Versicherungen

Person	Angaben zur privaten Krankenversicherung (PKV)/zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)						
	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name PKV/GKV	von – bis	Krankengeld-/Krankentagegeldanspruch besteht?	Krankengeld in Euro	Krankentagegeld in Euro	Krankenhaustagegeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

**Hinweis für PKV-Wechsler:** Wenn Sie mit dem Antrag eine Übertragungswertbescheinigung Ihres Vorversicherers einreichen, können wir die Ihnen zustehenden Übertragungswerte bereits von Anfang an berücksichtigen. Außerdem erkennen wir diese als Nachweis der Vorversicherungszeiten an.

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem Versicherer (auch R+V) abgelehnt oder mit Leistungsausschluss oder Beitragszuschlag angenommen? ja  nein

Wenn ja, Person Nr., welcher Versicherer?

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG (Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben)? ja  nein  Versicherungs-Nr.

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der aktuellen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung Beitragsrückstände? ja  nein

### Bestätigungs- und Verpflichtungserklärung zu Tarif PKB

#### Bestätigungserklärung

Hiermit bestätige ich (Antragsteller), dass alle nach Tarif PKB zu versichernden Personen die nachfolgenden erforderlichen Voraussetzungen für den Abschluss einer staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung erfüllen, eventuelle Unklarheiten kläre ich vor Unterzeichnung dieser Erklärung:

- Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert.

(Aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung folgt in der Regel die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflege-Pflichtversicherung.)

- Die zu versichernde(n) Person(en) hat/haben das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde(n) Person(en) erhält/erhalten keine Leistungen, die auf Grund ihres körperlichen oder mentalen Zustandes aus Mitteln der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung geleistet werden und hat/haben derartige Leistungen auch in der Vergangenheit nicht erhalten. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, bezogen werden oder wurden.
- Es besteht keine weitere auf den Namen der zu versichernden Person(en) lautende staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung.

#### Verpflichtungserklärung

- Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung, unverzüglich 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.**