

Unfallversicherung der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.

	Person 1					Person 2					Person 3							
Invalidität (U100, U350, U500)																		
Versicherungssumme	.000					.000					.000							
Zusatz-Baustein (UB/UT)	▲					▲					▲							
Assistance-Baustein	▲					▲					▲							
Bezugsberechtigt ²	1	2	3	4	5	9	1	2	3	4	5	9	1	2	3	4	5	9
monatliche Beitragsrate (inkl. 19 % Versicherungssteuer)	▲					▲					▲							

² Bezugsberechtigt im Todesfall des Versicherten ist:

- 1 der dann in gültiger Ehe lebende Ehegatte
- 2 der dann in gültiger Ehe lebende Ehegatte und die minderjährigen Kinder
- 3 die dann lebenden Kinder zu gleichen Teilen
- 4 der Versicherungsnehmer
- 5 die Eltern, nach Verheiratung der dann in gültiger Ehe lebende Ehegatte
- 9 andernfalls Name _____

Alternativ kann auch der vom Kunden unterschriebene Angebotsausdruck dem Antrag beigefügt werden.

Tarife und Beiträge gemäß beigefügtem Angebotsausdruck

Gesamtbeitrag

4. GESUNDHEITSVERHÄLTNISSE

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung entnehmen Sie bitte den „Wichtigen Informationen für den Antragsteller“, die Sie am Ende des Antrags finden.

Nähere Angaben zu den nachfolgenden Fragen bitte ausführlich in den vorgesehenen Antwortteil eintragen. Reicht dieser Platz nicht aus, so ist die Beantwortung unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt (Formular 1.006i) als Anlage vorzunehmen und im Antrag auf dieses Blatt zu verweisen. Das gesonderte Blatt bitte unterschreiben.

Folgende Erkrankungen und Untersuchungen müssen Sie nicht angeben, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind: Akute Erkältungskrankheiten, Grippe, Impfungen, Insektenstiche (nicht allergisch), entfernte Leberflecke (gutartig), Magen-Darm-Grippe, Magen-/Darm-Infekte, Nasenpolypen operiert, Schwangerschaft und Entbindung, Vorsorge- und Routineuntersuchungen ohne Befund (Sofern ein Befund erhoben, ist dieser im Antwortteil anzugeben; Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen sind anzugeben), oberflächliche Verletzung (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde), Verrenkung, Verstauchung, Zerrung. Hormonale Kontrazeption, z.B. Antibabypille, die ausschließlich zur Empfängnisverhütung verwendet wird, muss ebenfalls nicht angegeben werden.

	Person 01		Person 02		Person 03	
1. Körpergröße/Gewicht	Körpergröße cm		Körpergröße cm		Körpergröße cm	
	Körpergewicht kg		Körpergewicht kg		Körpergewicht kg	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2. Fanden in den letzten 5 Jahren Beobachtungen, Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium, einer Reha- oder Kurklinik statt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren ambulante Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen und Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen) durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden oder sonstigen Therapeuten durchgeführt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen (z. B. Anpassungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression) ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt oder sind psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bestehen chronische Krankheiten (z.B. Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Allergien, organische/körperliche Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z. B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schwindel, Bewegungseinschränkungen), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird eine Sehhilfe getragen oder ist diese notwendig oder angeraten? Bei „ja“ bitte jeweilige Dioptrienanzahl im Antwortteil angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Suchterkrankung (z. B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit) oder Essstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch statt oder besteht Sterilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Behinderung, Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit? Bei „ja“ bitte Kopie des entsprechenden Bescheides beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bestanden in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Wochen zusammenhängend Arbeitsunfähigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig oder wiederholt Medikamente eingenommen, angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalation, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wurde eine HIV-Infektion oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Zahnersatz, Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung, Zahn- oder Kieferregulierung, Zahn- oder Kieferoperation, Austausch von Amalgamfüllungen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fehlen Zähne – außer den Weisheits- und Milchzähnen sowie Lückenschlüsse – die noch nicht ersetzt sind?*) (Bei „ja“ bitte Anzahl angeben.) Diese Gesundheitsfrage ist für Kinder ab 10 Jahren zu beantworten.	Anzahl	<input type="checkbox"/>	Anzahl	<input type="checkbox"/>	Anzahl	<input type="checkbox"/>
17. Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte Datum angeben. **) Diese Gesundheitsfrage ist für Kinder ab 6 Jahre zu beantworten.						

* Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) erforderlich. Fehlen mehr als 3 Zähne, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht (1.009) erforderlich.

** Liegt der letzte Zahnarztbesuch länger als 24 Monate zurück, ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) oder ein aktueller zahnärztlicher Befund (1.009) erforderlich.

Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die genetische Untersuchung wird nach prädiktiver und diagnostischer Untersuchung unterschieden. Der Befund einer prädiktiven genetischen Untersuchung bleibt bei der versicherungsmedizinischen Prüfung gemäß § 18 GenDG unberücksichtigt. Erfolgte die genetische Untersuchung diagnostisch, berücksichtigen wir den Befund bei der versicherungsmedizinischen Prüfung als Vorerkrankung.

(Vor-) Erkrankungen, die im Rahmen einer durchgeführten genetischen Untersuchung (diagnostisch oder prädiktiv) festgestellt wurden, sind gem. §§ 19-22 VVG anzugeben.

ANTWORTTEIL

Gilt nur für Änderungen bestehender Tarife oder Hinzuversicherung neuer Tarife in der Krankheitskostenvollversicherung: Die Fragen 1-17 habe ich vollständig beantwortet. Alle dort angegebenen Gesundheitsverhältnisse sind der SDK durch Rechnungsvorlage bekannt.

Frage Nr.	Person Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Gesundheitsstörung, Behandlung, Untersuchung, Kur etc., Art der körperlichen, seelischen bzw. psychischen Störung, Arzneimittel-einnahme und Dosierung	Von wann bis wann?	Operation	Arbeits-unfähig-keitstage gesamt	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei und liegt Ausheilung vor?		Name und Anschrift der/des Behandelnden bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Einrichtungen
						Seit (Monat/Jahr)		
				<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	<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	

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden

RZ für Person 1 2 3

RZ auf Tarif

RZ in %

RZ wegen Diagnose

Die Zahlung des Beitragszuschlags erfolgt auf die jeweils gültige monatliche Beitragsrate.

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte vollständigen Namen und Adresse angeben.

Person 1	Arzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
	Zahnarzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
Person 2	Arzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
	Zahnarzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
Person 3	Arzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
	Zahnarzt:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keiner vorhanden