

## Wartezeitlerlass

- Ich beantrage/wünsche die Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung.
- Ich beantrage/wünsche durch Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes Erlass der Wartezeiten für die Krankheitskostentarife. Die Kosten dieser Untersuchung übernehme ich. Geht der Befundbericht auf dem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung ohne Erlass der Wartezeiten.

## Angaben über den Gesundheitszustand

<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2.</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen und Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.</p>	Pers. 1	Pers. 2
<p style="font-size: small; margin: 0;"><b>Körpergröße</b> _____ cm</p>	Körpergröße	Körpergröße
<p style="font-size: small; margin: 0;"><b>Gewicht</b> _____ kg</p>	Gewicht	Gewicht
<p style="font-size: x-small; margin: 0; text-align: center;"><b>ja</b>    <b>nein</b></p>	ja	nein

1. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern oder sonstigen Therapeuten beraten, untersucht oder behandelt?				
2. Sind Folgen von Krankheiten oder Verletzungen verblieben oder bestehen Behinderungen, Fehlbildungen oder Anomalien?				
3. Besteht eine eingeschränkte Fertilität oder Sterilität?				
4. Sind Körperimplantate, Fremdkörper oder Prothesen vorhanden?				
5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Betäubungsmittel?				
6. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten, Kieferorthopäden oder sonstigen Therapeuten notwendig, angeraten oder beabsichtigt?				
7. Besteht Fehlsichtigkeit (Angaben der Dioptrienwerte) oder Schwerhörigkeit (Vorlage des Tonaudiogramms)?				
8. Haben in den letzten 5 Jahren zur Beobachtung, Untersuchung oder stationären Behandlung Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?				
9. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt oder sind psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?				
10. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Suchterkrankung oder Essstörung?				
11. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder eine Hepatitis festgestellt?				
12. Bestanden in den letzten 3 Jahren Arbeitsunfähigkeiten von zusammenhängend mehr als 10 Kalendertagen?				
13. Bei Erweiterung/Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes: Bestehen/bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, wurden Untersuchungen (auch vorsorglich) durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind, bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?				

## Einzelangaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen (für eine Person jeweils hintereinander)

Pers.	Zu Frage Nr.	Genaue Angaben über die Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Behandlungen, Beratungen, Operationen, Untersuchungen, Dioptrienwerte usw.	Zeitraum (TT.MM.JJ)	Name und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.	Ausgeheilt,		wenn ja		Zurückgebliebene Folgen und/oder Erwerbsminderung in % Laborwerte
					ja	nein	MM	JJ	

Nur für Zahntarife										
					Pers. 1		Pers. 2			
					ja	nein	ja	nein		
14. Besteht/bestand eine ärztlich festgestellte Parodontose?										
15. Besteht/bestand eine Zahnfehlstellung/Kieferfehlstellung? Wenn ja, nähere Angaben: Person 1: _____ Person 2: _____										
16. Ist ein Aufbissbehelf/Schiene vorhanden oder ist eine solche Maßnahme beabsichtigt oder angeraten?										
17. Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder sind nachstehend genannte Behandlungen/Maßnahmen eingeleitet/empfohlen? Wenn ja, Fragen a) - g) beantworten und Heil- und Kostenplan beifügen!										
a) Zahnbehandlung										
b) Zahnersatz/Implantat(e)										
c) Zahn- oder Kieferregulierung										
d) Parodontosebehandlung										
e) Zahn- oder Kieferoperation										
f) On- oder Inlay(s)										
g) Verursacht der Zahnersatz Beschwerden oder ist er beschädigt bzw. reparaturbedürftig?										
					Pers. 1		Pers. 2			
18. Anzahl der nicht ersetzten fehlenden Zähne (ohne Weisheitszähne)? Bitte fehlenden Zahn/fehlende Zähne benennen.					Anzahl					
					Nummer					
		Pers. 1		Pers. 2						
		ja	nein	ja	nein					
19. Sind Zahnersatz oder Inlays vorhanden?					Wenn ja, Fragen a) - e) beantworten					
a) Herausnehmbare Prothese(n)					Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____					
b) Brücke(n)					Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____					
c) Krone(n)/Veneers					Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____					
d) On-/Inlay(s)					Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____					
e) Implantat(e)					Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____					
					Pers. 1			Pers. 2		
20. Letzte Zahnarztbehandlung bzw. -untersuchung										
Datum										
Grund?										
Name/Anschrift des Zahnarztes										

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen wurden mir, entsprechend des anliegenden Bestätigungsschreibens, rechtzeitig vor Antragstellung ausgehändigt.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der 2-wöchigen Widerrufsfrist beginnt.

Die gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen. Zur Prüfung von Beitragsrückständen bei meiner Vorversicherung habe ich diese auf Seite 5 von der Schweigepflicht entbunden.

Zur Bearbeitung des Antrags ist es weiterhin erforderlich, die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung auf den Seiten 9 und 10 abzugeben.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie sich bitte die wichtigen Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen, besonders hinsichtlich Ihres Widerrufsrechts auf Seite 3 und 4 durch. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages und werden mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags.

Ort	Datum	Vermittler-Nr. und Name
Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers (Unterschriften aller zu vers. Personen über 16 Jahre, ggf. gesetzl. Vertreter)		Unterschrift des Vermittlers
		