

V Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, müssen Sie diese gegenüber uns **innerhalb von drei Tagen** schriftlich nachholen. Senden Sie diese Angaben an die DKV – 50594 Köln. Bitte weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht

vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht bei einer Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Fragen			Ja	Nein
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen / Behandlungen stattgefunden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ist eine ambulante / stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G6



Fragen		Ja	Nein		
9	Bestehen ein körperlicher / organischer Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z. B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen: Person 1 <input type="text"/> % Person 2 <input type="text"/> %	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G7
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Besteht eine Schwangerschaft? (Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.) Wenn ja, bitte Monat eintragen: Person 1 <input type="text"/> Person 2 <input type="text"/>	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Größe und Gewicht bitte angeben. Person 1 Größe (cm) <input type="text"/> Gewicht (kg) <input type="text"/> Person 2 Größe (cm) <input type="text"/> Gewicht (kg) <input type="text"/> ----- Zusätzlich für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs zu beantworten: Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G8
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben: Person 1 <input type="text"/> Person 2 <input type="text"/>	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt? Ist Ihre gesundheitliche Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt? Oder sind Sie dazu auf Hilfe bzw. auf den Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) angewiesen? Mindestens einer dieser sechs Lebensbereiche ist betroffen: 1. Mobilität (z. B. Gehhilfen) / 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen / 4. Selbstversorgung / 5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen / 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G9
		Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zu Frage 12 und 13: Siehe auch „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen / Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung“ auf Seite 2.					



Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „Ja“ beantwortet (siehe Seite 11).

Für krankheitskostenvollversicherte Personen gilt:

Es sind die Gesundheitsfragen entsprechend des beantragten Tarifs zu beantworten. Wurden Gesundheitsfragen mit „Ja“ beantwortet, ist es ausreichend, dass Sie als Erläuterung angeben: Sind der DKV bekannt.

Voraussetzung ist, dass uns diese Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten 5 Jahren durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind.



Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden	G11
<p>Details Frage(n) <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>----- Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p>	<p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde- frei seit</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>Details Frage(n) <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>----- Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p>	<p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde- frei seit</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>Details Frage(n) <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>----- Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p>	<p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde- frei seit</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>Details Frage(n) <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>----- Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p>	<p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde- frei seit</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>Details Frage(n) <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>----- Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p>	<p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde- frei seit</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit</p> <p><input type="text"/></p>	

Weiteres Beiblatt mit Angaben zu Beschwerden, Maßnahmen etc. beigefügt (mit Datum und Unterschrift) für: Person 1 Person 2

G12

