

9 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

10 Gesundheitsfragen

WICHTIGER HINWEIS:
GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN UNTER ANDEREM NEBEN DER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE DER AKTUELLE GESUNDHEITZUSTAND, DIE BESTEHENDEN BZW. BEANTRAGTEN VORVERSICHERUNGEN, DIE EINKOMMENSITUATION UND DIE BERUFLICHE SITUATION) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ODER FÜR DIE ZUKUNFT ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VVG ENTNEHMEN SIE BITTE PUNKT 32.

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.
 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.

	Person Nr. 1		Person Nr. 2	
1 a. Größe:		cm		cm
1 b. Gewicht:		kg		kg
	ja	nein	ja	nein
2 a. Wurde in den letzten 3 Jahren – auch vorsorglich oder zu Untersuchungszwecken – die Hilfe von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten, z. B. Physiotherapeuten oder Logopäden, in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 c. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Reha- oder Kuraufenthalt erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a. Wurde in den letzten 10 Jahren die Hilfe von Psychotherapeuten in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 b. Wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel genommen? Wurde in den letzten 10 Jahren eine Behandlung wegen Folgen von Alkoholgenuß durchgeführt oder fand eine Suchtberatung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 c. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren Pflegebedürftigkeit oder eine behördlich anerkannte Behinderung, z. B. Berufskrankheit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung? Ggf. Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – ambulant oder stationär – von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten angeraten bzw. empfohlen worden? Bestehen Folgen von Krankheiten, Operationen oder Unfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Erhöhung bestehender Tarife bzw. bei Produktlinienwechsel:	ja	nein	ja	nein
7. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten oder Beschwerden, wurden Untersuchungen – auch vorsorglich – durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen:	ja	nein	ja	nein
8 a. Wurden in den letzten 3 Jahren zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays durchgeführt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 b. Wurden zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays empfohlen bzw. sind diese beabsichtigt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 c. Fehlen mehr als 2 Zähne – außer Weisheitszähnen – die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zähne fehlen insgesamt?				
8 d. Name und Anschrift des Zahnarztes:				

