

Angaben zum Gesundheitszustand

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (bei Zahntarifen nur die entsprechenden Zahnfragen) vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie auch unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§19 Abs. 5 VVG) auf S. 8/9. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Krankenversicherung AG schriftlich mitzuteilen.
Bei Vertragsumstellung: Haben Sie der Gothaer Krankenversicherung AG zu den Fragen 2.-4. und 7.-10. bereits vollständige Informationen gegeben, insbesondere durch eingebrachte Rechnungen, sonstige medizinische Unterlagen und/oder schriftliche Erklärungen, müssen Sie diese nicht wiederholen. Dahingegen müssen Diagnosen und Behandlungsdaten aus Rechnungen oder sonstigen ärztlichen Unterlagen, die Sie bisher nicht eingereicht haben, bei der Beantwortung der Fragen angegeben werden.

Für den Abschluss von **Ergänzungstarifen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung** gilt, dass nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bereits bei Antragstellung laufende und angeratene Untersuchungen oder Behandlungen – auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung – nicht mitversichert sind.

Nicht bei Zahntarifen beantworten

- | | VP 1 | cm | kg | VP 2 | cm | kg | VP 1 | nein | ja | VP 2 | nein | ja |
|--|-----------|--------|----|------|--------|----|------|------|----|------|------|----|
| 1. Körpergröße (in cm) und -gewicht (in kg) | | | | | | | | | | | | |
| 2. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten? | | | | | | | | | | | | |
| 3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalt in Kurkliniken oder Sanatorien angeben. | | | | | | | | | | | | |
| 4. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen , Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? | | | | | | | | | | | | |
| 5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus? | | | | | | | | | | | | |
| 6. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher/geistiger Art, Körperteile/-implantate/-prothesen (außer Zahn), die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind? | | | | | | | | | | | | |
| 7. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)? | | | | | | | | | | | | |
| 8. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben. | | | | | | | | | | | | |
| | Dioptrien | VP1 li | re | | VP2 li | re | | | | | | |
| 9. Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben. | | | | | | | | | | | | |

Bei Vollversicherungen und OPT G beantworten

10. Werden oder wurden in den letzten **3 Jahren** wiederholt oder **regelmäßig** Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen und/oder äußerlich angewendet?

Zahnschutz

Bei Vollversicherung / OPT G / AVL N2 beantworten

- | | Anzahl |
|---|--------|
| 11. Haben Sie aktuell fehlende Zähne , die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse sowie Milchzähne im Wechselgebiss) Bei drei fehlenden Zähnen bitte einen Heil- und Kostenplan beifügen. | |
| 12. Findet eine zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen. | |

Tarif MediVita Z 70/90

13. Nur bei **Tarif MediVita Z 70/90** beantworten: Ist Ihr Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen oder Inlays versorgt, die älter als 60 Monate sind? Wenn nein, werden die Höchstsätze ab dem 4. Kalenderjahr aufgehoben.

Bei MediPG und P3 beantworten

- | | Anzahl |
|--|--------|
| 14. Sind Sie werdendes Elternteil oder beabsichtigen Sie eine Adoption?
Wenn ja, wann wird die Geburt laut Mutterpass erwartet bzw. wann ist der Adoptionstermin laut Gerichtsbeschluss?
Im Falle einer anstehenden Geburt oder Adoption kann der Versicherungsbeginn im Tarif MediPG/P3 frühestens zum 1. des Vormonats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein.
Bitte beachten Sie: Eine Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG ist nur möglich, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits 3 Monate versichert gewesen ist. | |

Bei allen Zahngänzungs-tarifen zu beachten bzw. zu beantworten

Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung Behandlungen von Ihrem/Ihrer Zahnarzt/Zahnärztin angeraten oder wurden sie bereits begonnen, besteht für diese bis zum Abschluss der Maßnahme **kein Versicherungsschutz**. Dies gilt entsprechend auch
 – für das Entfernen nicht erhaltungswürdiger Zähne und den darauffolgenden Zahnersatz
 – für die Versorgung bereits bei Antragstellung fehlender Zähne mit Zahnersatz.

Für nach Vertragsschluss **erstmal**s angeratene und begonnene zahnärztliche Behandlungen besteht **Versicherungsschutz im tariflichen Umfang**.

- | | Anzahl |
|--|--------|
| 15. Gab es in den letzten 3 Jahren behandlungsbedürftige Parodontalbefunde bzw. fand eine Behandlung wegen Parodontitis/Parodontose* statt oder wurde eine solche angeraten? (* Bakterielle Entzündung mit Rückgang des Zahnfleisches) | |
| 16. Haben Sie aktuell fehlende Zähne, die noch nicht ersetzt sind?
(Außer Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse sowie Milchzähne im Wechselgebiss) | |

Bei Mediz Smile zusätzlich beantworten

17. Haben Sie aktuell Zahnersatz für 6 oder mehr Zähne? (Teilkronen, Kronen, Prothesen, Brücken inkl. Ankerzähne, Implantate)

Bei Mediz Duo 100 zusätzlich beantworten

18. Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz, der insgesamt mehr als 3 fehlende Zähne ersetzt?
19. Wurde eine kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung begonnen oder angeraten? (Nur bei Alter jünger als 21 Jahre beantworten)

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Therapien, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (MM.JJJJ)	Behandlungsfrei? nein ja, seit (MM.JJJJ) ▼ ▼	Beschwerdefrei? nein ja, seit (MM.JJJJ) ▼ ▼	Operationen? nein ja ▼ ▼	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
	/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Gesondertes Beiblatt **Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und beizufügen.** **Gesondertes Beiblatt?** nein ja

MediZ Duo 80/90	Wechselvorteil bei Vorversicherung		Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 70 % bei MediZ Duo 80 bzw. 80 % bei MediZ Duo 90 bei dem folgenden Unternehmen:				
	Nein ▼	Ja ▼	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens				
	VP1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
VP2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so verkürzt sich Ihre Leistungsbegrenzung. Die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren (vgl. Abschnitt B.4. der AVB Teil II).

MediZ Smile 75/85	Wechselvorteil bei Vorversicherung		Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 70 % bei MediZ Smile 75 bzw. 80 % bei MediZ Smile 85 bei dem folgenden Unternehmen:				
	Nein ▼	Ja ▼	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens				
	VP1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
VP2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so verkürzt sich Ihre Leistungsbegrenzung. Die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren (vgl. Abschnitt B.4. der AVB Teil II).

Übertragungswertbescheinigung	Wenn Sie von einer PKV zu uns wechseln möchten, benötigen wir eine Übertragungswertbescheinigung Ihres jetzigen PKV-Unternehmens. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.						
	Eine Übertragungswertbescheinigung		<input type="checkbox"/> habe ich beigelegt	<input type="checkbox"/> reiche ich nach			

Elektronische Übermittlung der Beitrags-höhe an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) nach § 39 Abs. 4a Einkommensteuergesetz	Die Gothaer Krankenversicherung übermittelt aus einer abgeschlossenen Kranken- und Pflegepflichtversicherung nach § 39 Abs. 4a Einkommensteuergesetz ab 1. Januar 2026 die vom Gesetzgeber vorgesehenen Daten zum Vertrag, zu versicherten Personen und zuschussfähigen bzw. steuerlich abzugsfähigen Beiträgen an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Als Versicherungsnehmer können Sie dieser Datenübermittlung widersprechen (auch teilweise). Als Versicherungsnehmer mache ich von meinem Recht Gebrauch und widerspreche der elektronischen Übermittlung der Beiträge für die Krankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung gemäß § 39 Abs. 4a Einkommensteuergesetz wie folgt (bitte entsprechend ankreuzen):							
	Für den Gesamtvertrag <input type="checkbox"/> oder für einzelne versicherte Personen <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2							
	Wichtiger Hinweis: Im Fall eines Widerspruchs werden keine Beiträge für die Krankenversicherung und/oder Pflegepflichtversicherung an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) übermittelt, so dass diese nicht als Lohnsteuerabzugsmerkmal abgerufen und bei der Berechnung eines Arbeitgeberzuschusses oder als Vorsorgebetrag im Lohnsteuerabzugsverfahren berücksichtigt werden können.							
	Hinweise zum Thema „Datenübermittlung“ an das Bundeszentralamt für Steuern sowie der Zentralen Zulagestelle für Altersvermögen finden Sie oberhalb der Schluss-erklärungen.							

Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich (4 % Nachlass)	<input type="checkbox"/> 1/2-jährlich	<input type="checkbox"/> 1/4-jährlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wie bisher			
	Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
	<input type="checkbox"/> Gruppenvertrag	<input type="checkbox"/> Sammelinkasso	<input type="checkbox"/> Einzelinkasso	Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name ist nur bei Sammelinkasso anzugeben)				

Erlass der Wartezeiten	Bitte beachten: Nur bei Ergänzungsversicherungen zu beantworten. Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigte Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Die Untersuchungskosten übernehme ich.							VP 1 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	VP 2 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Besondere Vereinbarungen	Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar							VP 1 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	VP 2 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>