



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

# Risiko- und Gesundheitserklärung

- Krankenversicherung
- private Pflegeversicherung



# Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Personen

Ausgabe 05/2026



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

zum Antrag/zur Anfrage vom

Antrag-/Antragsteller(in)/Versicherungsnehmer(in)

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 1

Geburtsdatum

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 2

Geburtsdatum

ID-Nummer des Antrages/der Anfrage

Bitte beantworten Sie alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.

Dies gilt auch dann, wenn Sie nur eine Anfrage zur Erstellung eines Versicherungsangebots stellen. Nur unter der Voraussetzung einer vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung können wir Ihnen in diesem Fall ein verbindliches Angebot zum Abschluss des angefragten Versicherungsschutzes unterbreiten. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ unter „Wichtige Hinweise“.

Angaben, die Sie dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen ab Antrags- bzw. Antragstellung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkofenstr. 19, 80336 München schriftlich mitzuteilen.

## Angaben und Erklärungen

Bitte alle Fragen mit  Ja oder  Nein beantworten, soweit die Antwort

Ja lautet, weitere Angaben in Worten, keine Striche.

	Person 1	Person 2
	Vorname	Vorname
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung (ggf. auch im Ausland)? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.1 Wurde in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung beantragt oder eine beantragte abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2 Beginn des Vertrages bzw. Datum der Antragstellung?  Ende des Vertrages bzw. Datum der Ablehnung?		
1.3 Sind Sie beim derzeitigen Krankenversicherer mit mehr als einem Monatsbeitrag im Zahlungsrückstand?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.4 Besteht eine andere als die ggf. oben beantragte Versicherung auf Krankengeld, Kranken-Tagegeld, Krankenhaus-Tagegeld, Pflege-Zusatzversicherung über den Versicherungsbeginn hinaus? Wenn ja, bitte Art der Versicherung, Gesellschaft und Höhe der Tagessätze angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Bestand in den letzten 10 Jahren eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder eine soziale Pflegeversicherung (SPV)? Falls ja, bei welcher (welchen) Gesellschaft(en)?  Beginn und Ende des (der) Vertrages (Verträge)? – Bitte Vorversicherungsnachweise vorlegen –	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Liegt der Beschäftigungsort abweichend vom Wohnort in den	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern

## Angaben zum Gesundheitszustand

Haben Sie schon einmal eine Voranfrage zur Risikobeurteilung beim Münchener Verein gestellt?

Hinweis: Angaben aufgrund einer Voranfrage zur Risikobeurteilung entbinden nicht von der vollständigen und richtigen aktuellen Beantwortung der Antragsfragen.

1. Körpergröße und Körpergewicht	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit - auch wenn sie nicht behandelt wurden - Krankheiten, Beschwerden, chronische Leiden, Unfallfolgen, Anomalien, Einschränkungen organischer, körperlicher oder geistiger Art oder Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2 Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (hierunter zählen auch Vorsorgeuntersuchungen), Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten) statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.3 Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen psychotherapeutischer oder psychiatrischer Beschwerden/Erkrankungen oder Suchterkrankungen (z. B. durch Alkohol, Drogen, Medikamente) behandelt, beraten oder untersucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.4 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.5 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen (hierzu zählen auch amb. Operationen), Behandlungen oder Kur- oder Reha-maßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Antrag-/Anfragesteller(in) Nachname, Vorname  Datum der Erklärung

	Person 1 Vorname <input type="text"/>	Person 2 Vorname <input type="text"/>
3.1 Besteht eine Fehlsichtigkeit? Dioptrien li/re angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re <input type="text"/> Dioptrien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re <input type="text"/> Dioptrien
3.2 Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.3 Besteht eine Erwerbsminderung oder eine anerkannte Behinderung? Geben Sie im Falle einer Behinderung/ Erwerbsminderung bitte den Grad der Behinderung/Erwerbsminderung an und legen eine Kopie des jeweiligen Bescheides mit Diagnosen bei.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4 Werden oder wurden Ihnen in den letzten zwölf Monaten Medikamente verordnet? (Falls ja, bitte die Medikamente und Zeiträume der Einnahme nennen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche? (nicht zu beantworten bei einer Krankenvollversicherung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
6.1 Wie viele Zähne, außer Weisheitszähnen und Lückenschluss, fehlen und sind noch nicht ersetzt?	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
6.2 Wie viele Zähne wurden (teilweise) ersetzt bzw. (teilweise) überkront? (Zahneratz sind Brücken, Implantate, (Teil-) Kronen und herausnehmbare Prothesen, Inlays/Onlays, plastische Füllungen)	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
6.2.1 Anzahl (teilweise) ersetzter / (teilweise) überkronter Zähne 5 Jahre und älter	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
6.2.2 Anzahl (teilweise) ersetzter / (teilweise) überkronter Zähne jünger als 5 Jahre	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
6.3 Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? Monat/Jahr? Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Zahnarztes bekannt.	Monat/Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat/Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/>
6.4 Fanden in den letzten 3 Jahren oder finden zur Zeit zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.5 Besteht eine Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wie eine Aufbiss- oder Knirscherschiene getragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Weitere Angaben und Erklärungen**

Für den Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen wird ab dem 6. Zahn ein Risikozuschlag von monatlich 5,00 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn entrichtet. Ist der Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen jünger als 5 Jahre, ist der Risikozuschlag in Höhe von monatlich 5,00 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn ab dem 6. Zahn erst ab Beginn des 5. Versicherungsjahres zu entrichten.

7. Bei Abschluss einer **Kranken-Tagegeldversicherung**:

7.1 durchschnittliches <b>monatliches</b> Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate?	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
7.2 Dauer einer Gehaltsfortzahlung?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.3 für Arbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.4 für Selbstständige: Name und Anschrift der Betriebsstätte	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Ich beantrage eine/einen bedingungsgemäße/n:

8.1 Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung ( <input type="checkbox"/> <b>Attestvordruck ausgehändigt</b> )	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.2 Anrechnung der Vorversicherungszeit aufgrund unmittelbaren Wechsels aus der GKV oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ( <b>Bitte Vorversicherungsnachweis vorlegen!</b> )	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Besondere Vereinbarungen  ja, folgende  nein

Person 1:

Person 2:

Wenn eine der Fragen 2.1 bis 6.5. mit „Ja“ beantwortet wurden, bitte hier erläutern. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte Befund angeben.  
 Reicht der vorhandene Platz nicht aus, bitte Beiblatt beifügen.  Besonderes Blatt mit zusätzlichen Angaben liegt bei.

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, bei Sterilität den Grund, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- oder Routineuntersuchungen bitte Befund angeben.	Operation		Von wann/ bis wann	Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Therapeuten bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?		
			nein	ja				nein	ja	wenn ja, seit wann?

**Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Pflicht**  
 Die Gesundheitsfragen sind für alle zu versichernden Personen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und berechtigen uns, den Vertrag zu kündigen, anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der auf der auf Seite 3 unter „Wichtige Hinweise“ abgedruckten „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

**Schlussklärung**  
 Bevor Sie diese Risiko- und Gesundheitserklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die auf Seite 3 abgedruckten „Wichtigen Hinweise“.  
 Die Hinweise werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrags bzw. der Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebots.

**Besonderer Hinweis** bei Abgabe der Erklärung zu einer **Anfrage** auf Erstellung eines Versicherungsangebots:  
 Um ein verbindliches Versicherungsangebot für Sie erstellen zu können, bitten wir Sie und die übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr mit Ihrer Unterschrift auch nachfolgende Erklärung zu bestätigen:  
 Mir ist bekannt, dass der Versicherer meine vorstehenden Angaben seinem Versicherungsangebot zugrunde legt. Ich erkläre, dass die von mir in dieser Risiko- und Gesundheitserklärung zu den versichernden Personen gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung, das heißt bis zu einer schriftlichen Annahme des vom Versicherer erstellten Versicherungsangebotes, bin ich verpflichtet, ärztliche Behandlungen, ärztliche Untersuchungen, alle Veränderungen des Gesundheitszustandes und des Berufslebens der zu versichernden Personen, die bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung (Angebotsannahme) eintreten, unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift Antrag-/Anfragesteller(in)/ Versicherungsnehmer(in)	Unterschrift der übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antrag von einem Minderjährigen gestellt wird	Unterschrift Antragsvermittler(in)

## Wichtige Hinweise

### Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieser Erklärung wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

### Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

#### Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Versicherung ergänzen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

### 6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

### Erliss der Wartezeiten

Bei einem bedingungsgemäß beantragten Wartezeitenerlass aufgrund einer ärztlichen Untersuchung werden die Untersuchungskosten von mir übernommen. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.