

VI. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

Bitte beachten Sie auch die unter XI.9. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

Achtung: Eine falsche oder unvollständige Angabe zu den in diesem Antrag gestellten Fragen zu gefährerheblichen Umständen (das sind insbesondere die Fragen zum Gesundheitszustand) kann den Versicherer zu Maßnahmen nach § 19 VVG (Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung) berechtigen, zudem zur Leistungsverweigerung. Dies kann, sogar rückwirkend, zum Entfall (durch Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung) oder zur Verteuerung des Versicherungsschutzes (durch Vertragsanpassung) führen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und den möglichen Folgen von Verletzungen derselben finden Sie in den Vertragsinformationen auf dem Blatt „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Bitte beachten Sie im Rahmen der Beantwortung die entsprechenden Hinweise im Anhang.

Im Rahmen der nachfolgend unter XI.6. genannten Vertragsänderungen sind die Fragen 2. – 4. und 6. – 16. nur zu beantworten, wenn die abgefragten Angaben der LKH nicht bereits durch Erstattungsanträge oder sonstige schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind. Bitte beachten Sie auch die unter XI.9. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

	1. Person	2. Person
1. Bei Personen ab 6 Jahren: Körpergröße in cm und Körpergewicht in kg	cm kg	cm kg
2. Bestehen/bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden oder wurden in den letzten 3 Jahren von Ärzten oder anderen Therapeuten (z. B. Heilpraktikern, Physio-, Ergotherapeuten, Osteopathen, Logopäden, berufsmäßigen Lebens-, Ernährungs-, Erziehungsberatern, Heilern) Untersuchungen, Kontrollen, Beratungen oder Behandlungen durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
3. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
4. Wird derzeit oder wurden in den letzten 2 Jahren ein Medikament wiederholt verordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben, Infusionen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5. Sind Untersuchungen, Kontrollen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, eingeleitet oder finden solche derzeit statt (nicht anzugeben sind beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, grippale Infekte oder an dieser Stelle zahnärztliche Behandlungen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
6. Für alle Geschlechter zu beantworten: Findet derzeit oder fand in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität oder wegen eines unerfüllten Kinderwunsches statt (z. B. durch Endometriose oder eingeschränkte Fruchtbarkeit)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7. Erfolgt in den letzten 5 Jahren stationäre oder teilstationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen in einem/r Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Kur- oder sonstigen Krankenanstalt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8. Wurden in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische, psychoanalytische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, durchgeführt oder finden solche derzeit statt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
9. Bestand jemals oder besteht eine Medikamenten-, Drogen oder Alkoholabhängigkeit oder eine sonstige Suchterkrankung (z. B. Spielsucht)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
10. Wurde jemals Hepatitis oder eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt oder ist ein Hepatitis- oder HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
11. Sind Wehrdienstbeschädigungen, Arbeitsunfallverletzungen, Berufskrankheiten der Erwerbsminderungen anerkannt oder ist deren Anerkennung beantragt worden? Falls ja, bitte Bescheid beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
12. Besteht derzeit eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder bestand(en) in den letzten 3 Jahren ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit(en) von mehr als 14 Kalendertagen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
13. Name/Anschrift des Arztes/Therapeuten, der am besten über den Gesundheitszustand informiert ist. Falls keiner vorhanden, bitte den angeben, der zuletzt beraten, untersucht und/oder behandelt hat.		
14. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
15. Wie viele Zähne fehlen und sind nicht ersetzt worden (ohne Milch-/Weisheitszähne; ein vollständiger Lückenschluss muss nicht als fehlender Zahn angegeben werden)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
16. Wurden in den letzten fünf Jahren zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen (u. a. Zahnersatz, Implantatversorgung, Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Inlayversorgung, Knirscherschiene, Aufbissbehelf) angeraten, beabsichtigt, erwogen, die noch nicht abgeschlossen sind, oder finden solche derzeit statt? Bitte ggf. Heil- und Kostenplan beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen 1. bis 10. und 16.	bitte folgende Seite 5 nutzen	bitte folgende Seite 5 nutzen



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen VI. 1. bis 10. und 16.:

[illegible]

Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischer Behandlungsplan beiliegend:

ja

Beschreibung der Behandlung beiliegend:

ja

Unterlagen werden nachgereicht:

☐ ja

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben):

Sofern der Platz nicht ausreicht, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Antragssteller und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.

Anlage beigefügt:

☐ ja

zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum