

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Personen

Ausgabe 01/2011

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 und Erklärungen“.

Angaben, die Sie dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen ab Antrags- bzw. Anfragstellung 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 Vorname		Person 2 Vorname	
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 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

Bei Vertragsänderung: Die Fragen 1., 4. bis 10. beantworten. Wenn die Antwort zur Frage 10. „Ja“ lautet, alle Fragen von 1. bis 9. beantworten.

Haben Sie schon einmal eine Voranfrage zur Risikobeurteilung beim MÜNCHENER VEREIN gestellt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

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

	cm	kg	cm	kg
1. Körpergröße und Körpergewicht				
2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien oder besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.2 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen				
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.4 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.5 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3.1 Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja li	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja li
3.2 Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität oder Infertilität?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Dioptrien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Dioptrien
3.3 Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3.4 Werden oder wurden in den letzten drei Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Ist eine Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt? – Wenn ja: Zusatzklärung beilegen –				
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

100 00 10/02 (01.11)

Antrag-/Anfragesteller(in) Nachname, Vorname

Datum der Erklärung

	Person 1	Vorname	Person 2	Vorname
7.1 Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl:
7.2 Sind Zähne ersetzt? (Zahnersatz sind Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.2.1 Anzahl ersetzter Zähne 5 Jahre und älter			Anzahl:	Anzahl:
7.2.2 Anzahl ersetzter Zähne jünger als 5 Jahre			Anzahl:	Anzahl:
7.3 Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? Monat/Jahr? Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Zahnarztes bekannt.				

Weitere Angaben und Erklärungen

8. Für den Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen wird ab dem 6. Zahn ein Risikozuschlag von monatlich 5 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 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.

nein ja nein ja

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

9.1 durchschnittliches **monatliches** Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate? EUR EUR

9.2 Dauer einer Gehaltsfortzahlung?

9.3 für Arbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers

9.4 für Selbstständige: Name und Anschrift der Betriebsstätte

10. Bei Vertragsänderung: Bestehen, bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind?

nein ja nein ja

11. Ich beantrage eine/einen bedingungsgemäße/n:

11.1 Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung (**Attestvordruck ausgehändigt**) nein ja nein ja

11.2 Anrechnung der Vorversicherungszeit aufgrund unmittelbaren Wechsels aus der GKV oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung (**Bitte Vorversicherungsnachweis vorlegen!**) nein ja nein ja

12. Besondere Vereinbarungen ja, folgende Person 1:
 nein Person 2:

Wenn eine der Fragen 2.1 bis 7. und 10. 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 Leistungserbringers im Gesundheitswesen 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
Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie zu vorgenannten Fragen unrichtige oder unvollständige Angaben machen.
 Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der auf der auf Seite 3 unter „Wichtige Hinweise und Erklärungen“ 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 und Erklärungen“. Diese enthalten unter anderem die **Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht**. Zur Entbindung von der Schweigepflicht ist auch auf die nachfolgend abzugebende **Erklärung** zu verweisen.

Die Hinweise und Erklärungen werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrags bzw. der Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebots. Die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie die nachfolgende Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht geben Sie auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen ab.

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Die Erklärung über die **Entbindung von der Schweigepflicht** ist auf der Rückseite abgedruckt. Sie enthält die Erklärungen hinsichtlich Risikobeurteilung zum Vertragsschluss und Prüfung der Leistungspflicht.

Die Erklärungen und Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht habe ich gelesen und bin mit den Inhalten einverstanden.

Falls **nicht** einverstanden, bitte ankreuzen:

- Die Einwilligungserklärung über die **Risikobeurteilung** zum Vertragsschluss gebe ich **nicht** ab.
- Die Einwilligungserklärung zur **Prüfung der Leistungspflicht** gebe ich **nicht** ab.

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)
X	X	X	X	X