



WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Versicherungsantrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie darum, folgende Punkte zu beachten und zu überprüfen:

Ausfüllen der Antragsunterlagen

- Alle Angaben sind vollständig und in **Druckbuchstaben** erfolgt.
- Rechtsbelehrung** ist unterschrieben.
- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten** ist unterschrieben.
- Es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- Es sind alle **Angaben zu den Zahlungsmodalitäten** gemacht worden und alle erforderlichen Unterschriften liegen vor.



Für die Versicherungsprodukte EXPAT GERMANY, EXPAT PRIVATE Premium sowie EXPAT RESIDENT und EXPAT RETIRED beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✓ EXPAT GERMANY: Sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn bereits länger als **31 Tage in Deutschland** aufgehalten hat, ist ein **Ärztliches Zeugnis** oder ein Nachweis über eine deutsche **Vorversicherung** erforderlich. Das Ärztliche Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als 14 Tage** sein.
- ✓ EXPAT PRIVATE Premium: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **50 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als drei Monate** ist.
- ✓ EXPAT RESIDENT und EXPAT RETIRED: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **60 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung **nicht älter als drei Monate** ist.

Ausfüllen des Ärztliches Zeugnisses

- Das Ärztliche Zeugnis ist gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt worden und es liegen alle erforderlichen Unterschriften der untersuchenden Ärzte vor.
- Jede einzelne Frage ist beantwortet.
- Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden, bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, sind erläutert worden.
- Für die Zusatzmodule EXPAT GERMANY PLUS, EXPAT RETIRED TOP oder für Abschlüsse des EXPAT RESIDENT ist ein Zahnstatus erstellt worden.
- Der Name und die vollständige Adresse des behandelnden Hausarztes liegen vor.
- Für den Fall, dass stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalte) stattgefunden haben, liegen dem Antrag Befund- und Entlassungsberichte vor.

Noch ein abschließender Hinweis: Sollten wir zu Ihren Angaben weitere Fragen haben, bitten wir Sie darum, diese im Rahmen der von uns gesetzten Fristen zu beantworten, damit wir Sie zum Wunschtermin versichern können.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherung für Personen mit Wohnsitz im Ausland

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname				Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)						
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			Nationalität			
Vollständige Anschrift			Tel.			
			Fax			
			E-Mail			
Derzeitiger Beruf						

Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Geplantes Aufenthaltsland			Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)		
Monatsbeitrag in Euro			Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		

*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung		
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer		
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)		

Ort, Datum

Unterschriften
 (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Mitzuversichernde Angehörige

Angehörige/r 1

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			Nationalität		
Geplantes Aufenthaltsland			Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)		
Monatsbeitrag in Euro			Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		

*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Angehörige/r 2

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			Nationalität		
Geplantes Aufenthaltsland			Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)*		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Kanada, Schweiz)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 42 Tage bei Aufenthalten in USA, Schweiz und für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)		
Monatsbeitrag in Euro			Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		

*Angabe nur bei Aufenthalten in Deutschland notwendig

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Ort, Datum

Unterschriften
 (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Angaben zum Zahlungsverkehr

Lastschriftinzug

Bitte füllen Sie das beigegefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie dieses gemeinsam mit dem Antrag an uns zurück.

Überweisung (im Voraus)

Zahlweise jährlich halbjährlich (+ 2 %)

Kreditkarte (+ 6 %)

Nachname, Vorname(n) Kreditkarteninhaber			
Kreditkarte	<input type="checkbox"/> Master-/Eurocard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Diners
Kartenummer			gültig bis
		Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (+ 2 %) <input type="checkbox"/> vierteljährlich (+ 3 %) <input type="checkbox"/> monatlich (+ 5 %)
Aus Sicherheitsgründen benötigen wir noch Ihre Kreditkartenprüfnummer. Bitte übermitteln Sie diese telefonisch unter +49-40-30 68 74-0 oder schicken Sie uns diese in einer separaten E-Mail an info@bdae.com (Die Kreditkartennummer sollte dabei nicht mit aufgeführt werden!). Aus datenschutzrechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Versendung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.			
Ort, Datum		Unterschrift des Kreditkarteninhabers	

Gemäß Artikel 32 des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung (Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny, F-59671 Roubaix Cedex 01, Frankreich) und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater (Swiss Life, 7 rue Belgrand, F-92300 Levallois-Perret, Frankreich) wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beauftragten und Rückversicherern streng konform nach der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für eine befristete Krankenversicherung der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II. Dieser Antrag gilt für das Produkt EXPAT PRIVATE PREMIUM und für die aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.

Bitte kreuzen Sie an und bestätigen Sie, dass Sie

die Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) sowie die Information zum Widerrufsrecht gelesen und akzeptiert haben.

Aufenthaltsland bei Vertragsschluss dieser Versicherung

 **(Bitte unbedingt angeben)**

Ort, Datum

Unterschriften
(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitrags-

schuldner ist der Versicherungsbeneficiäre gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.

- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsbeneficiären zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsbeneficiären gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)					
Angaben zum Beitragszahler	Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n)				
	Vollständige Anschrift				
	Tel.				
	IBAN				
	BIC/SWIFT			Bank	
	Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+ 2 %)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+ 3 %)	<input type="checkbox"/> monatlich (+ 5 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)				
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

RECHTSBELEHRUNG

nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG durch Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die in den Antragsunterlagen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Versicherer schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen ihm nach, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil, wenn Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte des Versicherers (§ 21 VVG)

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann er sich nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine 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 verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Arglistige Täuschung (§ 22 VVG)

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

6. Stellvertretung durch eine andere Person (§ 20 VVG)

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 der Rechte des Versicherers sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

EINWILLIGUNG

in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)

Teil I - Erklärung bei Antragstellung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Das Versicherungsvertragsgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz sowie andere Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch den Versicherer. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages (Bearbeitung Ihres Schadensfalles) unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten durch uns selbst (unter 1.), im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé die von mir in diesem Antrag künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Darüber hinaus kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Ich wünsche, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé mich in jedem Fall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige oder

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Swiss Life Prévoyance et Santé konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb Swiss Life Prévoyance et Santé

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt*. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <https://www.bdae.com/service/formulare-dokumente> eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life Prévoyance et Santé es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Gemäß Artikel 32 des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben

genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01 Frankreich, und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater unter Swiss Life, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beaufragten und Rückversicherern, streng konform mit der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.

5. Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Teil II - Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht

A. Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und für die Datenweitergabe

Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Prévoyance et Santé Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit der Rückversicherer kontrollieren kann, ob Swiss Life Prévoyance et Santé einen Versicherungsfall richtig eingeschätzt hat, ist es möglich, dass Swiss Life Prévoyance et Santé Ihre Schadenunterlagen dem Rückversicherer vorlegen muss. Zur Abrechnung von Versicherungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer übermittelt, soweit dies für die Geltendmachung gesetzlicher Erstattungsansprüche in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die

Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

B. Datenweitergabe an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadensfall dem Versicherer alle für die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Auch um den Missbrauch von Versicherungen zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Dabei werden Daten des Betroffenen, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden (Schadenart, Schadenhöhe, Schadentag), weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

*
 AGA Service Deutschland GmbH (Assistancedienstleistungen)
 Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
 Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
 Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
 BDAE Expat GmbH
 BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH
 BDAE Holding GmbH
 BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

gegenüber Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)



Bitte beachten Sie, dass das Zeugnis nur ab dem Eintrittsalter 50 Jahre benötigt wird. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. dem Versicherungsberechtigten zu tragen.

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Erklärung vor dem Arzt

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.a Bestehen zur Zeit Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen? (Bitte geben Sie auch Erkrankungen wie z. B. Schnupfen, Blasenentzündungen etc. an.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.b Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.c Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur etc.) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie – auch zeitweise – arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.d Sind in den letzten drei Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.e Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.f Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.g Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.h Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Arzt), Befunde	Wann?
1.i	Fand oder findet eine Zytostatikabehandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.j	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.k	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte pos./neg. Dioptrienwert angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.l	Welchen Arzt nehmen Sie üblicherweise in Anspruch? (Z. B. Hausarzt. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, dann geben Sie bitte den Arzt an, bei dem Sie zuletzt in Behandlung waren.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.m	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.n	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1.o	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Fragen, die mir vom Arzt einzeln vorgelesen wurden, persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

 Ort, Datum

 Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

2. Allgemein:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
2.a	Haben Sie die Person bereits vor dem heutigen Tag untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.b	Größe:		cm
	Gewicht:		kg
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. Herz, Kreislauf:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in		Minuten
3.b	Blutdruck in Ruhe	/	mmHg
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/	mmHg
3.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Gefäße:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
4.a	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. Atmungsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

6. Verdauungs-/Bauchorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

7. Harn-/Geschlechtsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Harnuntersuchung	Eiweiß	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Zucker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Ubg. vermehrt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:		
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	im _____ Monat

8. Sonstiges:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

1. Zähne:

Befund des gesamten Gebisses

1.a	Befund																
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	Befund																

Befundangaben/Legende

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| f fehlende Zähne | K vorhandene Kronen | s sanierungsbedürftige Zähne |
| e bereits ersetzte Zähne | b vorhandene Brückenglieder |) Lückenschluss |

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

gegenüber Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)



Bei den nachstehenden Fragen handelt es sich um eine Selbstauskunft, die Sie bitte - **unabhängig von Ihrem Alter** - vollständig und wahrheitsgemäß beantworten müssen. Bitte geben Sie auch an, was als unwesentlich bzw. nicht als Krankheit von Ihnen empfunden wurde, also beispielsweise vorübergehende Beschwerden, für die keine Behandlung stattgefunden hat oder weswegen keine Arbeitsunfähigkeit bestand. Auch wenn Tests durchgeführt oder Arzneimittel eingenommen worden sind, geben Sie dies bitte an. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ist Ihr Versicherungsschutz gefährdet.

Die nachstehenden Fragen sind **für jede einzelne im Antrag aufgeführte zu versichernde Personen** nach deren eigenen Angaben schriftlich zu beantworten. Bei minderjährigen zu versichernden Person sind die Fragen vom Erziehungsberechtigten schriftlich zu beantworten. Bitte verwenden Sie für jede Person einen eigenen Fragebogen.

Zu versichernde Person/Versicherungsberechtigte(r):

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)		Größe	cm
		Gewicht	kg

1	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente, Alkohol oder Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3	Ist eine Untersuchung, Kontrolle, Behandlung oder Operation notwendig, vorgesehen, angeraten, aber noch nicht durchgeführt? Bitte berücksichtigen Sie auch zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder Paradontosebehandlungen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4	Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Untersuchungen/Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur oder in Krankenhäusern statt? (Bitte geben Sie auch Aufenthalte in Kurkliniken/Sanatorien an.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? Bitte geben Sie ggf. die Dioptrienzahl links und rechts an.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erläuterungen zu mit „Ja“ beantworteten Fragen (Angabe der Ziffer(n) der Fragen/ggf. Beiblatt verwenden):

zu Frage Nr	genaue Krankheitsbezeichnung Art der Beschwerde	durchgeführte Behandlung(en) stationär/ambulant?	Zeitraum	Bestehen Folgen? Wenn ja, welche?

Welche(r) Arzt/Ärzte können zu den obigen Fragen Auskunft geben? Sofern alle Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, nennen Sie bitte den behandelnden Arzt/Hausarzt der am besten Auskunft geben kann. (Bitte ggf. Beiblatt verwenden):

Name des Arztes	Fachrichtung	Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

