

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

TARIF EXPAT RETIRED

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name:	Vorname(n):
-------	-------------

Die nachstehenden Fragen bitte vollständig beantworten. Geben Sie bitte auch an, was als unwesentlich empfunden, bzw. nicht als Krankheit empfunden wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden bzw. keine Arbeitsunfähigkeit deswegen bestand. Mit unrichtigen oder unvollständigen Antworten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz!

ANGABEN ZU DEN ZU VERSICHERNDEN PERSONEN:

	1. PERSON	2. PERSON
Die nachstehenden Fragen sind für jede im Antrag aufgeführte zu versichernde Person nach deren Angaben, bei Minderjährigen nach Angaben deren Erziehungsberechtigter auszufüllen. Bitte verwenden Sie bei mehr als zwei zu versichernden Personen weitere dieser Blätter.	Name: _____ Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	_____ _____ _____ _____ cm _____ kg

1.	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (Einschließlich Zähne!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	Ist eine Untersuchung, Kontrolle, Behandlung oder Operation notwendig, vorgesehen, angeraten, aber noch nicht durchgeführt? Bitte auch zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder Parodontosebehandlungen berücksichtigen!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<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, Masseure oder in Krankenhäusern statt? (Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Nur wenn der Tarifbaustein EXPAT RETIRED PLUS beantragt ist: 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		links: _____	rechts: _____	links: _____	rechts: _____

Erläuterungen zu mit "Ja" beantworteten Fragen (Angabe der Person(en) und der Ziffer(n) der Fragen / ggf. Beiblatt verwenden):

Versicherte Person	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 o.a. Fragen Auskunft geben? Sofern alle Fragen mit "Nein" beantwortet wurden, nennen Sie bitte den behandelnden Arzt / Hausarzt mit Angabe von Name, Fachrichtung und genauer Adresse, der am besten Auskunft geben kann.

1. Person: _____

2. Person: _____

Ort, Datum: _____ Unterschriften: _____
 (Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)

Stand: 15.07.2011