

# MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

Für jede Person, die Versicherungsschutz beantragt, muss ein separater medizinischer Fragebogen ausgefüllt werden.

## 1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

Bitte geben Sie an, ob dieses Formular für oder im Auftrag einer anderen Person ausgefüllt wird (bitte kreuzen Sie eines an):

Antragsteller/Versicherungsnehmer       Angehörige/r

### Antragsteller/Versicherungsnehmer:

Nachname																																				
Vorname																																				
Vollständige Adresse im Aufenthaltsland (Pflichtfeld)																																				

### Zu versichernder Angehöriger (bitte füllen Sie außerdem die Informationen zum Antragsteller aus):

Nachname																																				
Vorname																																				
Geburtsdatum	T	T	/	M	M	/	J	J	J	J	Geschlecht:      Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>																									
Adresse, falls diese von der oben angegebenen abweicht																																				

## 2 VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder Gesundheitszustände, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben.

Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

- Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
- Datum des Versicherungsbeginns

Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Daher ist es notwendig, dass Sie uns im oben genannten Zeitraum über jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes, der Ihrer Angehörigen oder über jegliche wesentliche Fakten informieren. Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen (Fakten, die unsere Bewertung und Annahme dieses Antrags beeinflussen). Darüber hinaus müssen Sie auf Anfrage weitere Informationen bereitstellen.

## 3 GESUNDHEITSANGABEN

3.1	Bitte geben Sie die folgenden Informationen an:	Größe (cm)					Gewicht (kg)																														
3.2	Hindert Sie Ihr derzeitiger Gesundheitszustand daran, Ihren beruflichen Pflichten nachzukommen?											Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																								
	Falls Ja, machen Sie bitte nähere Angaben:																																				
3.3	Leiden Sie an geistigen, körperlichen oder chronischen Behinderungen, die entweder seit Geburt bestehen oder die Folge einer Krankheit oder eines Unfalls sind?											Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																								
	Falls Sie Ja angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben:																																				
3.4	Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einem chirurgischen Eingriff oder einer medizinischen Behandlung (medikamentös oder sonstige) unterzogen?											Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																								
	Falls Sie Ja angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben (einschließlich dem Datum und der Art des Eingriffs)																																				
3.5	Erhalten Sie gegenwärtig oder wurde Ihnen angeraten sich in den nächsten sechs Monaten einer der folgenden Behandlungen zu unterziehen?																																				
	Krankenhausaufenthalt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte geben Sie weitere Informationen an:																																	
	Chirurgischer Eingriff:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte geben Sie weitere Informationen an:																																	
	Ambulante Behandlung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte geben Sie weitere Informationen an:																																	
	Zahnbehandlung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bitte geben Sie weitere Informationen an:																																	
3.6	Haben Sie Anspruch oder hatten Sie je Anspruch auf eine 100-prozentige Rückerstattung des GKFS?											Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																								
	Falls Sie Ja angekreuzt haben, geben Sie bitte an für welche Beschwerden/ Erkrankungen																																				

