

per Email an: info@vfd-kassel.de
per FAX an: 0561 60 28 39 22

VFD-Kassel GmbH
Friedrich-Ebert-Str.5
34117 Kassel

Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag Krankentagegeld

Antragsteller/Versicherungsnehmer: Name, Vorname		Geburtsdatum
PLZ Wohnort	Straße, Hausnummer	

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie nachfolgende Risiko- und Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bitte beachten Sie hierzu die Anlage „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.
Angaben, die Sie dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen ab Antragstellung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkoferstr. 19, 80336 München schriftlich mitzuteilen.

1. Körpergröße und Körpergewicht? cm ___ kg ___
- 2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien? nein ja
- 2.2 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (hierunter zählen auch Vorsorgeuntersuchungen), Behandlungen, Beratungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontroll- oder Nachsorgeuntersuchungen bei Ärzten oder Heilpraktikern? nein ja
- 2.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen statt? nein ja
- 2.4 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder eine Suchtbehandlung angeden oder durchgeführt? nein ja
- 2.5 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? nein ja
- 3.1 Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. nein ja
- 3.2 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen? nein ja
4. Ist eine Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten oder Heilpraktikern angeden oder beabsichtigt? nein ja
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? nein ja
6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Weitere Angaben und Erklärungen

7. Besteht eine andere als die ggf. beantragte Versicherung auf Krankentagegeld über den Versicherungsbeginn hinaus? Wenn ja, bitte Art Gesellschaft und Höhe der Tagessätze angeben. nein ja

8. Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate? _____ EUR

9. Dauer der Gehaltsfortzahlung? _____

10. Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

11. Ich beantrage einen bedingungsgemäßen Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung nein ja

Bei einem bedingungsgemäß beantragten Wartezeitenerlass aufgrund einer ärztlichen Untersuchung werden die Untersuchungskosten von mir übernommen. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Wenn eine der Fragen 2. bis 6. mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte hier erläutern. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte Befund angeben.

Reicht der vorgesehene Platz für die Beantwortung nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. Gesondertes Blatt liegt bei.

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, bei Sterilität den Grund, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- und Routineuntersuchungen bitte Befund angeben.	Operationen		Von wann / bis wann	Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Therapeuten 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

Die Gesundheitsfragen sind für alle zu versichernden Personen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und berechtigen uns, den Vertrag zu kündigen, anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der beigefügten Anlage „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)