

6 Gesundheitsangaben

Informationen zu einer versicherten Person, die der ARAG Krankenversicherung durch schriftliche Erklärungen oder Leistungsanträge bereits bekannt sind, brauchen bei den Fragen 6.1 und 6.2 nicht wiederholt zu werden.		Person 1	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Person 2	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Ausgeübter Beruf / Berufsart (selbstständig / angestellt) / Branche							
Wenn selbstständig, seit wann?							
6.1	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen? Wenn ja, bitte angeben, auch wenn sie als unwesentlich angesehen werden.	ja	nein	ja	nein		
6.2	War in den letzten 5 Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt oder ein Aufenthalt im Sanatorien, in Heilanstalten etc. erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.3	Sind Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.4	Werden oder wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.5	Besteht Erwerbsminderung oder eine anerkannte Behinderung? Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des Bescheides mit Diagnosen beifügen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.6	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.7	Besteht eine Sterilität oder eine Infertilität, oder sind oder waren Sie wegen unerfülltem Kinderwunsch in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.8	Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.9	Größe und Körpergewicht?	/ cm/kg		/ cm/kg			
6.10	Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt bzw. ist eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.11 a)	Werden derzeit Zahnbehandlungen oder Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich. Formular A 804	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.11 b)	Fehlen Zähne und sind nicht ersetzt (ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben)? Wenn ja, Anzahl Person 1 <input type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/> (ohne Milch-/Weisheitszähne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.11 c)	Ist Zahnersatz notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.12	Haben Sie einen Hausarzt / Heilpraktiker, der uns am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten 3 Jahre Auskunft geben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Person 1 Name und Anschrift des Behandlers – Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen?		wann?		weshalb?			
Person 2 Name und Anschrift des Behandlers – Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen?		wann?		weshalb?			

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vertriebspartner gegenüber nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand ARAG Krankenversicherung unmittelbar schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von acht Tagen erfolgen. Beachten Sie auch den Abschnitt „Erklärungen“ der Schlussklärung auf der Rückseite.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 6.1 – 6.12, wenn mit ja beantwortet

Pers.	Zu Frage	Genaue Diagnose, Art der Beschwerden, Verletzung, Untersuchung (was wurde festgestellt?) Welche Operation erfolgte? Medikamente?	Behandlung / Beschwerden von bis	Behandlung abgeschlossen? Seit wann?	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser. Wer kann Auskunft geben?

7 Angaben bei Abschluss oder Änderung von Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherungen

a) Besteht anderweitig Versicherung für Krankenhaustagegeld?	Person 1 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Person 2 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tages-satz <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> nein	Tages-satz <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> nein
b) Besteht anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld?	Person 1 <input type="checkbox"/> ja, ab <input type="text"/> Tag, Tages-satz <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> nein	Person 2 <input type="checkbox"/> ja, ab <input type="text"/> Tag, Tages-satz <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> nein
c) Monatliches Nettoeinkommen	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
d) Besteht bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehaltes? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> Tage <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> Tage <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit anderen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

8 Angaben bei Vertragsänderungen

a) Liegen Kostenbelege vor?	Person 1 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Stehen Kostenbelege aus? Wenn ja: Wegen welcher Beschwerden, Krankheiten (auch zahnärztliche Maßnahmen)? Behandlungszeit? Name und Anschrift des Arztes.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtig für den Antragsteller / Unterschriften (mit vollem Vor- und Zunamen)

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Diese Erklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussklärung zum Inhalt dieses Antrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zahlung durch Bankeinzug nach Annahmeerklärung durch den Versicherer die erste Monatsprämie auch vor Ablauf meiner Widerspruchsfrist eingezogen werden darf. Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der mitzuvers. volljähr. Person bzw. des gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Vertriebspartners
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schlusserklärung des Antragstellers/der zu versichernden Personen und wichtige Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Der Krankenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres – bei Krankentagegeldtarifen zum Ende des 1. Versicherungsjahres – möglich.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Erklärungen

Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der ARAG Krankenversicherungs-AG umgehend schriftlich anzuzeigen.

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zu Stande kommt, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen – die alle Bestandteil des Vertrages werden – vorliegen und die Widerspruchsfrist abgelaufen ist. Der Vertrag wird rückwirkend zum Zeitpunkt des Zugangs des Versicherungsscheins wirksam.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu auf Grund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mit zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mit zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaften des ARAG Konzerns meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vertriebspartner weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Außerdem willige ich ein, dass über mich Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertriebspartner dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen haben, das
 - ohne Berücksichtigung von Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung bzw. geringfügigen selbstständigen Tätigkeit regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet und
 - einschließlich des Einkommens aus einer geringfügigen Beschäftigung bzw. geringfügigen selbstständigen Tätigkeit regelmäßig im Monat die Grenze von 400 Euro überschreitet.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

Ergänzende Verbraucherinformation

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch zukünftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei u. a. vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden. Derartige Entwicklungen sind auch für die freiwillige Pflegekostenversicherung nicht auszuschließen. Sichere Voraussagen über das zukünftige Kostenniveau für die häusliche und stationäre Pflege sind jedoch – speziell nach Einführung der Pflege-Pflichtversicherung zum 1.1.1995 – heute gleichfalls nicht möglich. Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen. Um eine mögliche Belastung im Alter zu begrenzen, wurden daher auch von uns bereits Vorkehrungen getroffen: Mit zusätzlichen Rückstellungen aus Überschüssen werden Anwartschaften auf Beitragsermäßigungen im Alter finanziert. Gegebenenfalls können Sie auch durch den Wechsel in eventuell leistungsschwächere Tarife den Beitrag reduzieren. Darüber hinaus wird ein brancheneinheitlicher Standard-Tarif angeboten, dessen Beitrag – bei reduzierten Leistungen – auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt ist. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist ab dem vollendeten 55. Lebensjahr in der Regel kaum möglich. Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte es dennoch einmal Grund zur Beschwerde geben, können Sie sich auch an folgende Stellen wenden:

- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung,
Leipziger Straße 104, 10117 Berlin,
Telefon (0180) 2550444 (0,06 Euro je Gespräch),
E-Mail info@pkv-ombudsmann.de
Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z. B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherung-AG individuell vorzusorgen.

Versicherungsträger
ARAG Krankenversicherungs-AG,
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Telefon +49 (0) 89 41 24-02, Fax +49 (0) 89 41 24-25 25
E-Mail service@ARAG.de
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Wolfgang Brunner, Johannes Kreutz, Werner Nicoll
Sitz und Registergericht: München, HRB 69751
Dresdner Bank AG München (BLZ 700 800 00) 5 644 604 00
Postbank München (BLZ 700 100 80) 101 10-800

Weitere Informationen durch