

Antrag auf Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif GAR3 / DiA e.V.

Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person

Versicherte Person: _____ Geburtsdatum: _____

Frage	Nein	Ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/ Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn Ja, im ____ Monat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Findet zurzeit ein zahnärztliche Behandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer- (Zahn-) Regulierung statt oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Fehlen Zähne (außer Weisheits-, Milchzähne), die noch nicht ersetzt sind? Wenn ja, Anzahl ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-9 und 13, wenn mit „JA“ beantwortet:

Frage Nr.	Art der Krankheit, Verletzung, Beschwerdung, Dioptrienwerte, Untersuchung: Welche? Was wurde festgestellt?	Behandlung/-Beschwerden von - bis	Name und Anschrift der Ärzte bzw. Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben	Seit wann behandlungs-/ beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen 7 Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben.

Umfangreichere Angaben sind unter Angabe der Nummer der Gesundheitsfrage auf einem besonderen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und zu unterschreiben. Im Antrag ist auf dieses Beiblatt zu verweisen.

Pflicht zur Vollständigkeit: Ich weiß, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten sind und ich anderenfalls meinen Versicherungsschutz gefährde. Ferner befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten Jahren vor Aufnahme in den Gruppenvertrag untersucht haben, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer, die für die Aufnahme in den Gruppenvertrag erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort/Datum _____ Unterschrift Versicherungsnehmer und zu versichernde Person, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter _____