

Gesundheitsfragebogen zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag für eine Auslandsreise-Krankenversicherung Health Questionnaire for Participation in the Group Insurance Agreement for Foreign Travel Health Insurance

Versicherungsnummer / insurance number: _____ (soweit bekannt / where known)

Familienname / Family name: _____

Reiseland / Destination country: _____

Nationalität und Berufstätigkeit: / Nationality and occupation: _____

Name des Arbeitgebers / Employer's name: _____

Angaben zum Gesundheitszustand: Um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden, müssen die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es müssen auch die Umstände angegeben werden, die für Sie möglicherweise keine oder nur geringe Bedeutung haben.

Information on state of health: In order not to jeopardise your insurance cover you must answer the following questions truthfully and completely. Circumstances to which you might not attach much or any importance must also be stated.

Die Fragen 1 – 15 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 16 zu machen.

Questions 1 – 15 must be answered yes or no; please write down details under no. 16.

		Person No. 1 Vorname first name ☐ m ☐ w Geburtsdatum date of birth	Person No. 2 Vorname first name ☐ m ☐ w Geburtsdatum date of birth	Person No. 3 Vorname first name ☐ m ☐ w Geburtsdatum date of birth
1.	Größe und Gewicht Height and body weight	_____cm _____kg	_____cm _____kg	_____cm _____kg
2.	Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet? Bitte Dioptrienwerte unter Ziffer 16 angeben. Do you need or wear glasses or contact lenses or have any of them been prescribed? Please indicate dioptries under no. 16.	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
3.	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)? Have you been found to have HIV infection (e.g. by an AIDS test)?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
4.	Besteht eine Schwangerschaft? Are you pregnant? In welcher Woche? If so, please indicate the week of pregnancy.	☐ nein ☐ ja no yes _____. Woche week	☐ nein ☐ ja no yes _____. Woche week	☐ nein ☐ ja no yes _____. Woche week
5.	Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt? Have you had any examinations, consultations or treatments for involuntary childlessness, or are sterility or infertility known?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
6.	Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art? Have you had any complaints or illness within the last 3 years and/or are there body implants and/or do you suffer from consequences of an accident, malformations or physical injuries?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
7.	Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, (Kontroll-) Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder anderen Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen? Have you had any outpatient treatment, (control-) examinations performed by doctors, alternative practitioners or other medical service providers, or were any of these advised or planned?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
8.	Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen / angewendet? In the past 3 years are you regularly taking/using any medicines?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes
9.	Erfolgt in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen? Have you stayed in a hospital, health resort, rehabilitation clinic or sanatorium within the last 5 years, or were any of these advised or planned?	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes	☐ nein ☐ ja no yes

10.	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) oder Behandlungen/Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen? Have you undergone psychological/psychiatric treatment/counselling (including probatory sessions) or treatment/counselling against addiction within the last 10 years , or are any of these advised or planned?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
11.	Die nachstehende Frage ist für die Tarife PflegeSTART, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS und careA+(pur), careS+(pur) zu beantworten: Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder einen werdenden Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)? The following question must be answered for tariffs PflegeSTART, PflegeTOP and careA+(pur), careS+(pur): Is the person to be insured a mother-to-be or father-to-be (or planning to adopt a child)?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
	Die nachstehenden Fragen sind erst ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren zu beantworten. The following questions must only be answered if the insured person is at least four years old.						
12.	Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen? Have you had an appointment with an orthodontist in the last 3 years, or has an appointment been recommended?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
13.	Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis? Have you suffered from parodontosis/periodontitis in the last 3 years?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
14.	Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen? Are you currently undergoing dental replacement treatment and/or dental treatment or are any of these recommended by a dentist?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
15.	Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt? Are any of your teeth missing (except for wisdom teeth or milk teeth)? Are any of your teeth crowned or replaced? If so, please indicate their number. Otherwise please fill in "0". a) Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? How many teeth are missing (except for wisdom teeth and milk teeth)? b) Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)? How many teeth are crowned or replaced (including bridged gaps and implants)? Davon älter als 5 Jahre? How many of these are older than 5 years?	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes	☐ nein no	☐ ja yes
16.	Nähere Angaben/Einzelheiten zu Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden. Sofern der Raum nicht ausreicht, bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt (bitte Person- und Frage-No. angeben) vornehmen. For details concerning questions answered "yes" if space is insufficient, please add a supplementary sheet (including nos. of person and question).	Beiblatt beigefügt? ☐ ja ☐ nein yes no Supplementary sheet included?					

Person Nr.	Frage Nr.	Dioptrien-werte rechts/ links	Art der Krankheiten, des Körperschadens, der Beschwerden, Diagnose/Befund, Art der Behandlung einschl. Arzneimittel mit Dosierung, Grad der Erwerbsminderung/Berufsunfähigkeit	Behandlungsdaten von - bis ambulant stationär	Operation ja nein	behandlungs-/beschwerdefrei ja seit nein Folgeerscheinungen
person no.	question no.	dioptries right/left	Kind of illness, physical injuries, complaints, diagnosis/medical report, kind of treatment including drug and dosage, degree of loss of capacity for work/occupational disability	period of treatment from/to outpatient in hospital	Operations yes no	free of treatment/complaints yes since no consequences

Vorerkrankungen, fehlende Zähne bzw. laufende oder angeratene Zahnbehandlungen können gegebenenfalls die Vereinbarung eines Zuschlages oder eines Leistungsausschlusses erfordern.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und dabei auch die von mir für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen oder Beschwerden angegeben wurden.

Ich erkenne an, dass für Vorerkrankungen die nicht angegeben wurden, in der Krankenversicherung nur Versicherungsschutz für unvorhersehbare akute Verschlechterungen gemäß § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung der Tarife KR 71/ 72/73/74/76 und GTA besteht.

Pre-existing medical conditions, missing teeth and dental treatments ongoing or advised may, as appropriate, necessitate agreement of an additional premium or exclusion from benefits.

By personally signing this document, I confirm that I have answered the above questions fully and truthfully and that I have also provided details of medical conditions or symptoms that I consider to be unimportant.

I understand that, for pre-existing medical conditions that have not been declared, insurance cover exists only for unforeseeable acute exacerbations, in accordance with § 1 para. 1 of the General Terms and Conditions of Insurance for Foreign Travel Health Insurance Tariffs KR 71/72/73/74/76 and GTA.

(Ort, Datum)
(Place, date)

(Unterschrift der zu versichernden Person)
(Signature of person to be insured)

(Unterschrift der weiteren zu versichernden Personen über 16
Jahre bzw. bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)
(Signature of the further persons over the age of 16 to be
insured, or in the case of minors signature of their legal
representative(s))

Der englische Text ist eine Übersetzung aus der deutschen Sprache und nur als Lesehilfe zu verstehen.

The English text is a translation from German and is provided only as an aid to comprehension.