

**Erklärungen der zu versichernden Personen**

Gruppenvertrag Nr. **505/957**

mit Versicherungsnehmer **VDWS e.V.**

Hauptversicherter

X

Person	Name, Vorname, Titel der versicherten Person	Geburtsdatum	Geschlecht
1	Hauptversicherter		M W

Person	Name, Vorname, Titel der versicherten Person	Geburtsdatum	Geschlecht
2			M W

Person	Name, Vorname, Titel der versicherten Person	Geburtsdatum	Geschlecht
3			M W

Person	Name, Vorname, Titel der versicherten Person	Geburtsdatum	Geschlecht
4			M W

**A Gesundheitsangaben (Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten)**

Um Ihre Anmeldung prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z. B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ am Ende dieses Formulars.

Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer in Abschnitt E genaue Angaben zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben, was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Alle Heilbehandlungen, Beratungen und Untersuchungen, alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme eintreten, sind der Central unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Central unverzüglich in Textform anzuzeigen.

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN	JA
1. Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg								
2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (einschließlich Kontrolluntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler durchgeführt? Sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestehen noch Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis C) oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wird eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Findet zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung statt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne).	<input type="checkbox"/>	keine Anzahl	<input type="checkbox"/>	keine Anzahl	<input type="checkbox"/>	keine Anzahl	<input type="checkbox"/>	keine Anzahl

**B Ergänzende Angaben (zu den unter Punkt D mit JA beantworteten Fragen)**

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, so sind weitere Angaben auf einem Beiblatt zu machen. Beiblatt:  Nein  Ja

zu Person	zu Frage	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Grund und %-Satz der Behinderungen, Anomalien, Operationen, Medikamente und Zahnersatz	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Ausgeheilt		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					ja seit	Nein	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

zu Person	zu Frage	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Grund und %-Satz der Behinderungen, Anomalien, Operationen, Medikamente und Zahnersatz	Ambulante Behandlungen von - bis	Stationäre Behandlungen von - bis	Ausgeheilt		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					Ja seit	Nein	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<input type="checkbox"/>	

### C Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine der folgenden Versicherungsarten für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Central angeben)?

Nein  Ja (wenn ja, bitte angeben) A Gesetzliche Krankenversicherung · B Private Krankenversicherung · C Pflegeversicherung · D Pflegezusatzversicherung

Person	Art A · B · C · D	Gesellschaft/Kasse	von	bis	mit KHT	mit KT	ab Tag	Pflegetarif- bezeichnung	Pflegegeld	wer kündigte?	
										VN	VU
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Central, bitte Vers.-Nr. angeben:

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

Hat ein Krankenversicherer (auch Central) für den Versicherungsnehmer oder eine zu versichernde Person in den letzten 3 Jahren einen Antrag abgelehnt?

Nein  Ja Personen  wann?  Gesellschaft

### D Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, lesen Sie bitte die folgende „Schlusserklärung der zu versichernden Personen“, die unverändert zum Inhalt der Anmeldung werden muss. Mit Ihrer Unterschrift wird die Schlusserklärung gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Versicherungsverhältnisses. Eine Durchschrift dieser Anlage zur Anmeldung wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschriften (Vorname, Name) des Antragstellers, der volljährigen Mitversicherten/gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

## Schlusserklärung der zu versichernden Personen

### I. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die Central zur Risikobeurteilung Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir gewünschten Versicherungsschutz zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

In diesem Zusammenhang entscheide ich mich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Ich kann diese Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen:

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich Ärzte und Pflegepersonen sowie die Beschäftigten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten drei Jahren (bei stationärem Aufenthalt: in den letzten fünf Jahren) untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder um Versicherungsschutz nachgesucht habe.

Die Central wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung der Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Central in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen schriftlich von ihrer Schweigepflicht entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann das Zustandekommen eines Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

## II. Erklärung zum Datenschutz

Ich willige ferner ein, dass die Central im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Anmeldeunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen und künftigen Vertragsanbahnungen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der AMB Generali Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

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

Diese Einwilligung gilt nur im Zusammenhang mit dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, das dem Anmeldenden als Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrages, innerhalb dessen diese Anmeldung erfolgt, bei Abschluss des Vertrages überlassen wurde und das mir als Hauptversicherten zur Verfügung gestellt wird.

## Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### Was ist für Sie sonst noch wichtig?

#### 1. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 2. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.