

Angaben über Vorversicherungen oder bestehende oder beantragte Versicherungen bzw. Schäden

Besteht, ist beantragt oder wurde in den letzten drei Jahren beendet: eine Praxisausfall-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- oder Berufsunterbrechungs-Versicherung? ja nein

Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Gekündigt von

Schadenjahr

Schadenanzahl/-höhe

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Bei Platzmangel bitte ein Beiblatt benutzen (bitte auch unterschreiben).

- | 1. | Größe | cm | Gewicht | kg | Alter | Jahre |
|-----|---|----|---------|----|-----------------------------|-------------------------------|
| 2. | Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, bitte Befund, Dauer des Aufenthalts, Anschrift des Aufenthaltsorts | | | | | |
| 3. | Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen oder Untersuchungen durch z. B. Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen statt? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, bitte Befund, Dauer des Aufenthalts, Anschrift | | | | | |
| 4. | Wurden in den letzten 6 Monaten Arzneimittel verordnet | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, welche? | | | | | |
| 5. | Wurde in den letzten 3 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, durch wen (Anschrift)? | | | | | |
| 6. | Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. | Wurden jemals nicht behebbare körperliche Fehler, Missbildungen oder chronische Erkrankungen festgestellt (z. B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Amputationen, fehlende Organe)? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, welche? | | | | | |
| 8. | Werden Hilfsmittel (Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen u. Ä.) verwendet? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, welche? | | | | | |
| 9. | Bezogen, beziehen oder beantragten Sie Rente aus gesundheitlichen Gründen oder sind Sie als Schwerbehinderter anerkannt? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, warum? | | | | | |
| 10. | Betreiben Sie besonders gefährliche Sportarten (Extremsportarten), wie z. B. Drachen- oder Gleitschirmfliegen, Auto- oder Motorradrennen, Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 4, Wildwasserfahrten über WW3, Kampfsportarten u. Ä.? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, welche? | | | | | |
| 11. | Wurde eine Schwangerschaft festgestellt? | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja, welche Schwangerschaftswoche? | | | | | |
| 12. | Name und Anschrift des Hausarztes | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst ist der Versicherungsschutz gefährdet. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Kundeninformationen widersprechen.

Die Beitrittsklärung sende ich an den **BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN, Nürnberg**, der sie nach Prüfung von Mitgliedschaft und Beitragszahlung an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, Funk Ärzte Service, weiterleitet. An diesen Antrag halte ich mich einen Monat gebunden. Im Falle der Annahme verpflichte ich mich, den Versicherungsschein einzulösen.

Ort, Datum

Unterschrift/Vermittler

Unterschrift/Stempel Antragsteller

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Funk Gruppe, die Prämien zur Ärzte-BU bei einer jährlichen Zahlweise bis auf Widerruf von nachstehendem Konto einzuziehen:

Ich bin am Einzugsverfahren nicht interessiert.

Name und Ort des Geldinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nr. (kein Sparbuch)

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers