

# Gesundheitsfragebogen zum Antrag Heilbehandlungsversicherung für Kinder unter 18 Jahren



➔ an

[VERTRAULICH]

KBC Versicherungen  
Vertrauensarzt / LEUtiens - LCH  
Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven

## Vermittler

- Neuabschluss  
 bestehender Vertrag

Name und Adresse (oder Stempel)

**WOLFF+PARTNERS Versicherungen**

Tel. 080 420 652 · Fax 080 420 452

Email: [info@wolff-partners.be](mailto:info@wolff-partners.be)

WP Bütgenbach: Zum Walkerstal 20 · 4750 Bütgenbach

WP Amel: Auf dem Kamp 19A · 4770 Amel



Agentennummer

| 3 6 3 8 3 0 |

Aktenzeichen

| | | | |

FSMA-Nummer

| 113741 A |

Policennummer (falls bekannt) .....

## Erklärungen der zu versichernden Person

1 a. Name des Kindes/Versicherten	Vorname des Kindes/Versicherten	
.....		
b. Geburtsdatum	Geschlecht	
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
c. Name eines Elternteils/des gesetzlichen Vertreters:	Vorname eines Elternteils/des gesetzlichen Vertreters	
.....		
d. Kontaktangaben:		
Straße, Hausnummer, Fach	Telefon/Mobiltelefon	
.....	.....	
PLZ	Gemeinde	Land
.....	.....	.....
		E-Mail
		.....

### Was müssen Sie wissen, bevor Sie den Gesundheitsfragebogen ausfüllen?

Der Versicherer beurteilt das zu versichernde Risiko anhand der Angaben in diesem Fragebogen. Dieser Fragebogen muss daher korrekt, genau und vollständig ausgefüllt werden. Alle Ihnen bekannten Umstände, die einen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos haben können, müssen mitgeteilt werden.

Wenn bestimmte Informationen nicht oder nicht korrekt mitgeteilt werden, kann das Folgen für die Ausführung des Versicherungsvertrags haben.

Jede vorsätzlich unkorrekte oder vorsätzlich unvollständige Erklärung führt zur Nichtigkeit der Versicherung aufgrund von Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992.

Änderungen, die eintreten, nachdem diese Erklärung ausgefüllt wurde, aber noch bevor der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, müssen dem Versicherer spontan zusätzlich mitgeteilt werden.

### Unterschrift eines Elternteils oder des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Ich weiß, dass ich alle Angaben, von denen ich berechtigterweise annehmen kann, dass sie einen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, mitteilen muss.

Ich erkläre, eine Kopie dieses vollständigen Fragebogens, der 5 Seiten umfasst, erhalten zu haben.

Ort

.....

Datum

..... - ..... - .....

### Unterschrift eines Elternteils oder des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

(vor der Unterschrift muss der Vermerk „Gelesen und genehmigt“ stehen.)

.....

### Wie müssen Sie diesen Fragebogen ausfüllen?

1. Beantworten Sie jede Frage.
2. Wenn Sie mit Ja antworten, dann beantworten Sie bitte auch die Zusatzfragen.

**Haben Sie Fragen? Rufen Sie kostenlos unsere Infoline unter der Nummer 0800 936 84 an (an Werktagen von 8.30 bis 12.30 Uhr und von 13.30 bis 17.00 Uhr).**

2 a. Heutiges Gewicht	..... kg	Heutige Größe	..... cm	
b. Bitte ausfüllen, wenn das Kind noch keine 3 Jahre alt ist:				
Gewicht bei der Geburt		..... kg	Größe bei der Geburt	..... cm
c. Hat das Kind ein ärztliches Gutachten erhalten oder war es in Behandlung wegen seines Gewichts?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, erläutern Sie bitte: - welche Behandlung? ..... - wann? .....	
d. Treibt dieses Kind regelmäßig Sport? Wettkampf?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? ..... Welches Niveau / welche Klasse? .....	

**3 Hat oder hatte das Kind eine der folgenden Erkrankungen\*, Beschwerden oder Krankheitserscheinungen?**  
*\*unter Erkrankung wird jede Krankheit, jede Behinderung, jedes Syndrom, jede Gesundheitsbeschwerde, die Folgen eines Unfalls usw. verstanden.*

**Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen.**

a. <b>Herz und Blutgefäße:</b> Herzgeräusch oder -fehler, Herzrhythmusstörungen, Ödem, Herzklopfen, Erkrankung der Herzkranzgefäße bzw. Arterien, hoher Blutdruck, Hirnblutung oder Hirnthrombose oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....
b. <b>Blut und Lymphdrüsen:</b> Blutarmut, Abweichung der Blutgerinnung oder des Knochenmarks, Leukämie oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....
c. <b>Nervensystem und Gehirn:</b> Gehirnschlag, Epilepsie, Nervenentzündung oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....
d. <b>Psychische Erkrankungen:</b> mentale Retardierung, Autismus-Spektrum-Störung, ADHD, Essstörungen oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....
e. <b>Endokrine Organe oder Stoffwechsel:</b> Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....
f. <b>Atmungssystem:</b> rezidivierende Bronchitis, Asthma, Mukoviszidose oder eine andere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	Beschreibung? ..... Behandlung? ..... Anfangsdatum? ..... Dauer? ..... Heutiger Zustand? .....

Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen.

g. **Verdauungssystem oder Bauch:**  Nein  ja Beschreibung? .....  
Magen- oder Darmblutung, Magenbruch, Behandlung? .....  
Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, der Anfangsdatum? .....  
Därme, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse, Dauer? .....  
der Leber (Hepatitis usw.) oder eine andere Heutiger Zustand? .....

h. **Infektions- oder parasitäre Erkrankung:** HIV,  Nein  ja Beschreibung? .....  
AIDS, Tuberkulose, Pfeiffersches Drüsenfieber Behandlung? .....  
(Mononukleose) oder eine andere Infektions- oder Anfangsdatum? .....  
parasitäre Erkrankung? Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

i. **Urogenitalsystem:** Eiweiß im Harn, Erkrankung  Nein  ja Beschreibung? .....  
der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane oder Behandlung? .....  
eine andere Erkrankung? Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

j. **Tumore, bösartige Erkrankungen oder Krebs**  Nein  ja Beschreibung? .....  
Behandlung? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

k. **Augen:** Augenentzündung, Schielen, Katarakt,  Nein  ja Beschreibung? .....  
Glaukom, Doppeltsehen, Amblyopie, vermindertes Behandlung? .....  
Sehvermögen oder eine andere Erkrankung? Links oder rechts? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....  
Dioptrien (Stärke + oder -) links: .....  
Dioptrien (Stärke + oder -) rechts: .....

l. **Haut:** Psoriasis, Ekzem, Zyste oder eine andere  Nein  ja Beschreibung? .....  
Erkrankung? Behandlung? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

m. **Hals, Nase und Ohren:** Taubheit, Heiserkeit,  Nein  ja Beschreibung? .....  
rezidivierende Ohrentzündung oder eine andere Behandlung? .....  
Erkrankung? Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

n. **Zähne und Kiefer:** Offener Biss, tiefer Biss,  Nein  ja Beschreibung? .....  
Malokklusion oder eine andere Erkrankung? Behandlung? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

Ist in der Zukunft ein Eingriff vorgesehen?  Nein  ja Welcher Eingriff? .....  
Wann? .....

**Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen.**

**o. Knochen und Gelenke:** Rücken- und/oder Nackenbeschwerden, Skoliose, Brüche, Gelenkentzündungen, Verletzungen von Sehnen, Muskeln, Bändern oder Meniskus oder eine andere Erkrankung?

Nein  ja

Beschreibung? .....  
 Behandlung? .....  
 Welcher Körperteil? .....  
 Links oder rechts? .....  
 Anfangsdatum? .....  
 Dauer? .....  
 Heutiger Zustand? .....

---

Welche? .....  
 Wo? .....  
 Wurde dieses Material entfernt oder ist das vorgesehen? .....  
 Wenn ja, wann? .....

Hat das Kind eine Prothese oder wurde Osteosynthesematerial (Metall- oder Kunststoffplatten, Nägel und Drähte, Schrauben usw.) eingesetzt?

Nein  ja

**p.** Hatte dieses Kind einen Unfall mit körperlichen Verletzungen?

Nein  ja

Welche Verletzungen? .....  
 Wann? .....  
 Dauerschäden? .....  
 Dauer des Bewusstseinsverlusts oder Komas (im Fall eines Schädeltraumas)? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**q.** Andere Erkrankungen oder Behinderungen, die oben nicht genannt wurden und für die das Kind gegebenenfalls in ein Krankenhaus aufgenommen wurde

Nein  ja

Beschreibung? .....  
 Behandlung? .....  
 Anfangsdatum? .....  
 Dauer? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**r.** Erhält das Kind eine Entschädigung oder erhöhtes Kindergeld für ein körperliches oder mentales Leiden?

Nein  ja

Welches Leiden? .....  
 Anfangsdatum? .....  
 Dauer? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**4 a.** Wurde das Kind je in ein Krankenhaus aufgenommen?

Nein  ja

Warum? .....  
 Wann? .....  
 Dauer? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**b.** Wurde bei dem Kind ein chirurgischer Eingriff oder eine Operation vorgenommen?

Nein  ja

Warum? .....  
 Welche Operation? .....  
 Datum der Operation? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**c.** Ist ein Krankenhausaufenthalt oder eine Operation vorgesehen?

Nein  ja

Warum? .....  
 Wann? .....

**5** Bitte ausfüllen, wenn das Kind noch keine 3 Jahre alt ist:

**a.** Hat es Schwangerschaftskomplikationen gegeben? (Frühgeburt, Krankheit der Mutter usw.)

Nein  ja

Beschreibung? .....  
 Behandlung? .....  
 Anfangsdatum? .....  
 Dauer der Schwangerschaft? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**b.** Hat es Komplikationen bei der Entbindung gegeben?

Nein  ja

Beschreibung? .....  
 Heutiger Zustand? .....

**Wenn ja, beantworten Sie folgende Fragen.**

6 a. Hat es Komplikationen bei der Entbindung gegeben?  Nein  ja Welche? .....  
Warum? .....  
Heutiger Zustand? .....

---

b. Ist das Kind in medizinischer Behandlung?  Nein  ja Welche Behandlung? .....  
(z. B. Arzt, Heilgymnast, Osteopath, Psychologe, Zahnarzt, Orthodontist, Ernährungsberater usw.)  
Warum? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

---

c. Wurde das Kind in den vergangenen 5 Jahren jemals länger als 3 Wochen behandelt?  Nein  ja Welche Behandlung? .....  
(Konsultation, Untersuchung, Eingriff, Beobachtung, Medikamente)  
Warum? .....  
Anfangsdatum? .....  
Dauer? .....  
Heutiger Zustand? .....

---

d. Ist eine Arztbesuch vorgesehen?  Nein  ja Warum? .....  
Wann? .....

7 a. Ist Ihr Kind in den vergangenen 5 Jahren einer der folgenden Untersuchungen unterzogen worden oder ist eine Untersuchung geplant?

Ein Elektrokardiogramm  Nein  ja Datum? ..... Warum? .....  
Ergebnis? .....

Eine Röntgenuntersuchung  Nein  ja Datum? ..... Warum? .....  
Ergebnis? .....

Eine Blutuntersuchung  Nein  ja Datum? ..... Warum? .....  
Ergebnis? .....

Eine Urinuntersuchung  Nein  ja Datum? ..... Warum? .....  
Ergebnis? .....

---

b. Ist das Kind in der Vergangenheit Untersuchungen wie Elektroenzephalogramm, Scanner, MRT, Szintigraphie oder Arteriografie oder anderen Untersuchungen unterzogen worden oder ist eine Untersuchung geplant?  Nein  ja Datum? .....  
Welche? .....  
Warum? .....  
Ergebnis? .....

**Haben Sie alle Fragen beantwortet?**

**Ein unvollständiger Fragebogen wird zurückgeschickt und das führt zu Verzögerungen.**

Das Kind ist erst zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrags versichert und bis zu dem Zeitpunkt müssen Sie alle Änderungen des Gesundheitszustandes des Kindes mitteilen. Darum ist es wichtig, dass Sie den.

Fragebogen vollständig ausfüllen und ihn uns so schnell wie möglich übermitteln.

**Mit einem vollständig ausgefüllten Fragebogen können wir Ihren Antrag schneller bearbeiten.**

**Vergessen Sie bitte auch nicht, den Antrag auf der ersten Seite zu unterschreiben und zu datieren.**

**Haben Sie Fragen? Rufen Sie kostenlos unsere Infoline unter der Nummer 0800 936 84 an (a Werktagen von 8.30 bis 12.30 Uhr und von 13.30 bis 17.00 Uhr).**

**Verarbeitung personenbezogener Daten**

KBC Versicherungen ist für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von unter anderem dem Antragsteller, dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder dem Begünstigten verantwortlich. Der Vermittler verarbeitet diese Daten für KBC Versicherungen.

Für KBC Versicherungen ist der Schutz Ihrer Privatsphäre wichtig. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website ([www.kbc.be/privacy](http://www.kbc.be/privacy)) oder in der Papierfassung, die Sie bei Ihrem KBC-Versicherungsvermittler oder in Ihrer KBC-Bankfiliale erhalten.

Wir empfehlen Ihnen, diese Erklärung aufmerksam durchzulesen, da sie Ihre Rechte und gesetzlichen Pflichten bezüglich der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die auf Ihrem Versicherungsantrag angegeben sind, zum Gegenstand hat.