

**OPEL Aktiv Plus**



**Antrag auf Zusatzversicherung  
OPEL Aktiv Plus  
Gesundheitsfragebogen**

# Unverbindlicher Antrag auf Abgabe eines Angebots für eine Krankheitskostenzusatzversicherung

## Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

(Antragsteller/in muss mindestens 18 Jahre alt sein, bitte nur den Namen einer Person eintragen)

Beraten von:

Gewünschter Versicherungsbeginn\*:

Name / Vorname\*:

Straße / Nummer\*:

PLZ / Wohnort\*:

Telefon privat\*:

Mobil:

Fax / E-Mail:

Telefon beruflich:

Name des Arbeitgebers\*:

Name der letzten Krankenkasse\*:

Mitglied bis\*:

BKK vor Ort - Mitglied ab / seit\*:

\* Pflichtfelder – diese Daten bitte unbedingt angeben.

## Zu versichernde Person

Name / Vorname (sofern nicht Antragsteller/in):

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Familienstand:  ledig

verheiratet seit:

geschieden / verwitwet seit:

## Einzugsermächtigung

Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, ermächtige ich die Opel Aktiv Plus bereits jetzt widerruflich, die Beiträge von dem nachstehenden Konto einzuziehen. Bis zum Zugang der auf das Angebot erfolgenden Annahmeerklärung beim Versicherer ergeben sich aus der Erteilung der Einzugsermächtigung keine Rechte und Pflichten.

Zahlungsweise monatlich zum 05. eines Monats, soweit nichts anderes vereinbart wird:

Vierteljährlich  Halbjährlich  Jährlich

Kontonummer

Bankleitzahl

Name und Anschrift des Geldinstituts / Filiale

Kontoinhaber/in (sofern nicht Antragsteller/in)

Name / Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Kontoinhaberin (sofern nicht Antragsteller)

### Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Nach § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen (Anzeigepflicht). Ihre Angaben zu den nachfolgend aufgeführten Fragen stellen derartige Gefahrumstände dar. Die Fragen sind daher nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Die Verletzung dieser Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden des Antragstellers bzw. der zu versichernden Person) vom Vertrag zurücktreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann; dies kann auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle gelten.

## Gesundheitsangaben

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in kg:

### 1. In den letzten 12 Monaten hatte ich anhaltende und/oder wiederkehrende Beschwerden, für die mein Arzt keinen hinreichenden Befund erheben konnte:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bauch- oder Magenschmerzen                                  | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle  | <input type="checkbox"/> Blähungen oder Verdauungsbeschwerden                             |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen   | <input type="checkbox"/> Erschöpfung, Müdigkeit bei leichter Anstrengung           | <input type="checkbox"/> Unangenehme Kribbelempfindungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenke (Knie, Hüften usw.) | <input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzrasen oder Druckgefühl in der Herzgegend | <input type="checkbox"/> Vermehrtes Aufstoßen, Schluckauf, Schwierigkeiten beim Schlucken |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche  | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit, Atemnot                                    | <input type="checkbox"/> Brennen im Bereich Brust oder Magen                              |
| <input type="checkbox"/> Kopf- oder Gesichtsschmerzen                                | <input type="checkbox"/> Verstopfung oder Durchfall                                | <input type="checkbox"/> Appetitverlust   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustbereich                                   | <input type="checkbox"/> Nervöser Darm und/oder Blase                              | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche, Hitzewallungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Schwindel   | <input type="checkbox"/> Übelkeit oder Erbrechen                                   | <input type="checkbox"/> Flecken oder Farbänderungen der Haut                             |
|  |  | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche   |

## 2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Verletzungen oder gesundheitliche Störungen?

### a) Allergien und Unverträglichkeiten (Intoleranzen)

- Heuschnupfen / Pollenallergie  
 Asthma Bronchiale  
 Kontaktallergie  
 Allergie gegen Tierhaare  
 Nahrungsmittelallergie, -unverträglichkeit  
 Laktoseintoleranz  
 Fructoseintoleranz

### b) Stütz- und Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder, Sehnen)

- Bandscheibenschaden  
 HWS / BWS / LWS Syndrom  
 Lumbago / Hexenschuss  
 Schulter-, Armsyndrom  
 Wirbelsäulenbeschwerden  
 Bänderriss, -dehnung  
 Meniskusschaden  
 Knorpelschaden  
 Gicht  
 Rheuma  
 Arthritis (Lokalisation angeben → **Z**)  
 Arthrose (Lokalisation angeben → **Z**)  
 Fibromyalgie  
 Sehnenscheidenentzündung (Tendovaginitis)  
 Tennisellenbogen (Epicondylitis)  
 Kalkschulter (Periarthritis)  
 Fersensporn  
 Karpaltunnelsyndrom

### c) Haut

- Neurodermitis / Atopisches Ekzem  
 Aktinische Keratose  
 Dermatosen  
 Schuppenflechte (Psoriasis)  
 Ekzem

### d) Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)  
 Erhöhter Cholesterinspiegel  
 Erhöhte Triglyzerid-Werte  
 Erhöhte Harnsäure-Werte  
 Erhöhte Leber-Werte

### e) Verdauungsorgane

- Magenbeschwerden  
 Speiseröhrenentzündung (Ösophagitis)  
 Darmerkrankung  
 Bauchspeicheldrüsenerkrankung  
 Leber- und Gallenerkrankung  
 Colitis Ulcerosa  
 Morbus Crohn

### f) Nieren und Harnwege

- Entzündung Harnleiter/Blase  
 Nierenbeckenentzündung  
 Harnleitersteine  
 Nierensteine / Nierengries  
 Prostataerkrankung

### g) Herz und Kreislauforgane

- Bluthochdruck  
 Herzrhythmusstörung  
 Schlaganfall  
 Thrombose  
 Varizen / Krampfadern  
 Durchblutungsstörung des Herzens und der Gefäße  
 Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

### h) Drüsen und Blut

- Jodmangel  
 Jodmangelstruma (Vergrößerung der Schilddrüse)  
 Schilddrüsenunterfunktion  
 Schilddrüsenüberfunktion  
 Hashimoto Thyreoiditis  
 Lymphadenitis  
 Hormonstörung

### i) Gemüt und Psyche

- Schlafstörungen  
 Neurosen  
 Depressionen  
 Anpassungsstörungen  
 Angstzustände  
 Psychosen  
 ADS / ADHS  
 Burn-Out-Syndrom  
 Magersucht / Bulimie

- Alkoholabhängigkeit  
 Drogenabhängigkeit  
 Medikamentenabhängigkeit

### j) Gehirns und Nerven

- Anhaltende und / oder wiederkehrende Kopfschmerzen  
 Migräne  
 Multiple Sklerose  
 Morbus Parkinson  
 Demenzielle Störungen

### k) Infektionskrankheiten

- Herpes Simplex Infektion  
 Gürtelrose (Herpes Zoster)  
 Hepatitis  
 Borreliose  
 Infektanfälligkeit

### l) Weibliche Brust und Unterleibsorgane

- Gutartige Neubildungen der Brust (Zysten und Fibrome)  
 Entzündungen der Brust (Mastitis)  
 Gebärmuttergeschwulst (Myome)  
 Menstruationsstörungen  
 Vaginale Pilzkrankungen (Vaginalmykose)  
 Eierstockentzündungen

### m) Sonstige

- Hämorrhoiden  
 Ohrgeräusche / Tinnitus  
 Nebenhöhleninfektion (Nase, Kiefer, Stirn)  
 Schlafapnoe  
 Augenerkrankung  
 Gutartige Neubildungen (Geschwülste)  
 Bösartige Neubildungen (Geschwülste)

**n) gibt es weitere Erkrankungen, die durch die obigen Ausführungen nicht abgefragt wurden?**

Wenn Ja, bitte aufführen:


**3.** Sind zu den unter Punkt 2 aufgeführten Krankheiten und gesundheitlichen Störungen Behandlungen angeraten, durchgeführt worden bzw. sind diese vorgesehen oder stehen hierzu Untersuchungsergebnisse aus?

- Ja  Nein

**5.** Wurden in den letzten 3 Jahren Therapien durchgeführt (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie, Akupunktur, Sauerstofftherapie, Arthrosebehandlung, Chiropraktik, Osteopathie usw.)?

- Ja  Nein

**4.** Sind in den letzten 10 Jahren Operationen durchgeführt worden oder haben Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen und / oder Kuren stattgefunden?

- Ja  Nein

**6.** Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig wiederkehrend Medikamente in Form von Tropfen oder Tabletten ein (auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) bzw. wurden Salben, Sprays oder Injektionen angewendet?

- Ja  Nein



# Hinweise und Erklärungen

## Schweigepflichtsentbindung

1. Mir ist bekannt, dass die Opel Aktiv Plus – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsangebots überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Heilpraktiker und sonstige anerkannte Heilpersonen, Angehörige von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der Opel Aktiv Plus die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – die Angehörigen gesetzlicher Krankenkassen und anderer Personenversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe, die erforderlichen Auskünfte, einschließlich der personenbezogenen Gesundheitsdaten, zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für die Opel Aktiv Plus konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend bis zu fünf Jahre nach Antragstellung.
2. Mir ist ferner bekannt, dass die Opel Aktiv Plus zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder sonstiger Krankenanstalten oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Prüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht. Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt Ärzte, Heilpraktiker und sonstige anerkannte Heilpersonen, Angehörige von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige Sie die erforderlichen Angaben, einschließlich der personenbezogenen Gesundheitsdaten, zu erteilen. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen gesetzlicher Krankenkassen und anderer Personenversicherer,

mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

3. Die Erklärung gem. Ziffer 1 und 2 gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
4. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Einwilligung gem. Ziffer 1-3 widerrufen und verlangen kann, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, soweit ich in die jeweilige einzelne Erhebung eingewilligt habe. Die Opel Aktiv Plus wird mich in jedem Falle vor jeder einzelnen Erhebung gem. Ziffer 1-3 unterrichten und mich dabei auf mein jederzeitiges Widerrufsrecht hinweisen.

## Datenfreigabeerklärung

1. Ich bin darüber informiert, dass die Mitgliedschaft bei der Opel Aktiv Plus die Mitgliedschaft bei der BKK vor Ort voraussetzt. Zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen Verwaltung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Opel Aktiv Plus an die BKK vor Ort sowie die BKK vor Ort an die Opel Aktiv Plus die folgenden personenbezogenen Daten zur Verarbeitung und Nutzung übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Mitgliedschaftszeiten, Arbeitgeberbetriebsnummer, Versichertenstatus (einschließlich des voraussichtlichen Endes der Ausbildung sowie der studentischen Krankenversicherung). Die Übermittlung zur Verarbeitung und Nutzung, einschließlich des regelmäßigen Datenabgleichs zwischen den Datensätzen der Opel Aktiv Plus und der BKK vor Ort erfolgen ausschließlich zur Prüfung meiner Leistungsberechtigung und Beitragseinstufung bei der Opel Aktiv Plus. Eine andere als die genannte Verwendung ist ausgeschlossen.
2. Die Erklärung gem. Ziffer 1 gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
3. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber, soweit er einen Beitragzuschuss zu meinem Krankenversicherungsbeitrag leistet, der Opel Aktiv Plus zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft und zur Beitragseinstufung Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses, Betriebsnummer, Personalnummer, Name und Vorname, Rentenversicherungsnummer, Beitragssoll und -ist, Beitragszeitraum und Meldegrund übermittelt. Eine andere als die genannte Verwendung ist ausgeschlossen.

## Versicherungsbedingungen/ Laufzeit

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) einschließlich des Tarifs werden mir spätestens mit dem Vertragsangebot übersandt. Die Mindestvertragsdauer richtet sich nach § 13 Abs. 1 der AVB und dem Tarif. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01. 01. bis 31. 12. eines Jahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. 12. des Jahres.

## Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass dieser Antrag lediglich eine Aufforderung an den Versicherer darstellt, mir auf der Grundlage meiner Angaben ein Angebot für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zu übersenden. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn ich das Angebot der Opel Aktiv Plus schriftlich annehme.

## Beginn des Versicherungsschutzes

Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch schriftliche Annahme seitens des Antragstellers.

## Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im Versicherungsschein dokumentiert sind.

## Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

## Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.

## Ansprechpartner bei Fragen und Beschwerden

- a) **Wir sind für Sie Ansprechpartner/in, wenn Sie Fragen oder Anlass zu Beschwerden haben. Wir sind stets bestrebt, Klärung bzw. Abhilfe zu schaffen.**
- b) **Sollten wir einmal nicht weiterhelfen können,** haben Sie auch die Möglichkeit, das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann in Anspruch zu nehmen oder sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

### Anschriften:

#### PKV-Ombudsmann

Kronenstraße 13, 10117 Berlin  
Tel. 01802 - 55 04 44, Fax 030 - 20 45 89 31

#### Bundesanstalt für

#### Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn  
Tel. 02 28 - 41 08-0,  
Verbrauchertelefon: 01805 - 12 23 46

## Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung (die Annahme unseres Vertragsangebots) innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Sie beginnt also in keinem Falle, bevor Sie uns die Erklärung der Annahme unseres Angebots auf Abschluss des Versicherungsvertrages zurückgeschickt und im Gegenzug Ihren Versicherungsschein von uns erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: Opel Aktiv Plus, Bahnhofplatz 1, 65428 Rüsselsheim. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 61 42 - 75 05 63, bei einem Widerruf per Email senden Sie diese bitte an: [info@opelaktivplus.de](mailto:info@opelaktivplus.de).

### Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

## Wir beantworten Ihre Fragen – ausführlich und persönlich:

### OPEL Aktiv Plus

Bahnhofplatz 1 · 65428 Rüsselsheim

Geschäftszeiten:

Montag, Mittwoch, Donnerstag:

7:30 Uhr - 17:00 Uhr

Freitag: 7:30 Uhr - 15:00 Uhr

### Service-Telefon 01802 - 62 62 66

(0,06 € pro Anruf)

Montag - Donnerstag: 7:30 Uhr - 17:00 Uhr

Freitag: 7:30 Uhr - 15:00 Uhr

Fax: 0 61 42 - 75 05 63

E-Mail: [info@opelaktivplus.de](mailto:info@opelaktivplus.de)



**OPEL**

### OPEL Aktiv Plus

Die Kranken-Zuschuss-Kasse der Adam Opel GmbH Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) Bahnhofplatz 1 65428 Rüsselsheim  
[www.opelaktivplus.de](http://www.opelaktivplus.de)