

Danke, dass Sie den Tarif Expat Infinity beantragt haben oder beantragen möchten.

### **Mein Angebot an Sie!**

Das Ausfüllen, eines Antragsformulars ist nicht immer einfach, besonders wenn man es nicht Tag täglich macht.

Daher biete ich Ihnen an, dass wir dies **zusammen machen**.

Schreiben Sie mir per Mail oder rufen mich an.

Wir verabreden dann einen Termin und füllen dann den Antrag gemeinsam aus.

Per Telefon

Per WhatsApp

Per Zoom

Wie es bei Ihnen am besten passt.

Per Mail erreichen Sie mich unter [team@expertensicher.de](mailto:team@expertensicher.de)

Telefonisch unter: +49(0)228 33 88 77 0

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag nicht** an den BDAE direkt sondern an mich.

Per Mail an: [team@expertensicher.de](mailto:team@expertensicher.de)

### **Ich prüfe für Sie dann den Antrag vorab.**

Sollte etwas fehlen oder nicht klar sein, melde ich mich umgehend bei Ihnen.

Wenn alles o.k. ist, leite ich Ihre Antragsunterlagen an den BDAE zur endgültigen Prüfung weiter.

Für Sie überwache ich dann die gesamte Antragsstellung (lege es mir in die Wiedervorlage, fasse bei BADE nach) und informiere Sie umgehend, sobald mir etwas vorliegt.

### **Aber auch später bin ich für Sie da.**

- wenn Sie mal eine Frage haben
- sich Ihre Situation ändert
- wenn es etwas Neues gibt
- wenn es mal bei der Kostenerstattung hapert
- Sie zurück nach Deutschland kommen und den Vertrag kündigen müssen....

Ich freu mich auf Sie

Ihr Hans Walter Schäfer





## WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie folgende Punkte bei der Antragstellung zu beachten:

### Ausfüllen der Antragsunterlagen

- Sie haben alle **Angaben im Antrag** vollständig und in **Druckbuchstaben** ausgefüllt und es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben den **Antrag** unterschrieben und damit die **Versicherungsbedingungen** sowie die **Erläuterungen zu den rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung** zur Kenntnis genommen und akzeptiert.
- Sie - und ggf. alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre - haben die **Einwilligungserklärung gemäß DSGVO** und die **Schweigepflichtentbindung** unterschrieben.
- Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Angaben zum Gesundheitszustand** gewissenhaft ausgefüllt und unterschrieben. Sie haben auch den Hinweis auf die Folgen unrichtiger Angaben gelesen und akzeptiert.
- Sie haben sich für eine **Zahlungsart** entschieden und **alle notwendigen Angaben** gemacht. Alle erforderlichen Unterschriften liegen vor, insbesondere bei einem abweichenden Kontoinhaber.



Für die Versicherungsprodukte **EXPAT GERMANY**, **EXPAT PRIVATE Premium**, und **EXPAT INFINITY** beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✓ **EXPAT GERMANY:** Sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn bereits länger als **31 Tage in Deutschland** aufgehalten hat, ist ein **Ärztliches Zeugnis** oder ein Nachweis über eine deutsche **Vorversicherung** erforderlich. Das Ärztliche Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 14 Tage sein.
- ✓ **EXPAT FLEXIBLE:** Ab einem Alter von 50 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✓ **EXPAT PRIVATE Premium:** Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **50 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate ist.
- ✓ **EXPAT INFINITY:** Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden. Ab einem Alter von **60 Jahren** ist außerdem ein Ärztliches Zeugnis erforderlich, das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate ist.

### Ausfüllen des Ärztliches Zeugnisses

- Das Ärztliche Zeugnis ist gut lesbar in deutscher oder englischer Sprache erstellt worden und es liegen alle erforderlichen Unterschriften der untersuchenden Ärzte vor.
- Jede einzelne Frage ist beantwortet.
- Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden, bzw. Fragen, die auf einen krankhaften Befund hinweisen, sind erläutert worden.
- Für die Zusatzmodule **EXPAT GERMANY PLUS** sowie für die Produktvarianten **EXPAT INFINITY CLASSIC** UND **EXPAT INFINITY PREMIUM** ist ein Zahnstatus erstellt worden.
- Der Name und die vollständige Adresse des behandelnden Hausarztes liegen vor.
- Für den Fall, dass stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalte) stattgefunden haben, liegen dem Antrag Befund- und Entlassungsberichte vor.

Noch ein abschließender Hinweis: Sollten wir zu Ihren Angaben weitere Fragen haben, bitten wir Sie darum, diese im Rahmen der von uns gesetzten Fristen zu beantworten, damit wir Sie zum Wunschtermin versichern können.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

# ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

## Krankenversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte

Vermittler-ID

nur auszufüllen, falls vorhanden

### Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname				Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)						
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität				
Vollständige Anschrift		Tel.				
		Fax				
		E-Mail				
Derzeitiger Beruf						

### Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Premium	Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 250 €	<input type="checkbox"/> 500 €	<input type="checkbox"/> 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland				Länderzone	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Monatsbeitrag in Euro				Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)				

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	



#### Angaben zu den versicherten Personen:

Bitte achten Sie darauf, dass die persönlichen Angaben wie Name, Vorname und Geburtsdatum mit den Angaben aus dem Personalausweis oder Reisepass übereinstimmen.

#### So ermitteln Sie die Länderzone und den Monatsbeitrag:

1. Ermitteln Sie die Länderzone Ihres geplanten Aufenthaltslandes anhand der Tabelle zu den Länderzonen auf Seite A.2 / 9-10
2. Ermitteln Sie den Monatsbeitrag anhand der Beitragstabellen auf den Seiten A.2 / 11-13
3. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung bei Antragsstellung ggf. Risikozuschläge erhoben werden können. Somit kann der anhand der Beitragstabelle ermittelte Beitrag vom tatsächlichen Beitrag abweichen. In diesem Fall erhalten Sie selbstverständlich ein Info von uns.

Ort, Datum

Unterschriften

(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

## Mitversichernde Angehörige

### Angehörige/r 1

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität			

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Premium	Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 250 €	<input type="checkbox"/> 500 €	<input type="checkbox"/> 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland				Länderzone	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Monatsbeitrag in Euro				Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)				

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)			

### Angehörige/r 2

Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität			

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> Premium	Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 250 €	<input type="checkbox"/> 500 €	<input type="checkbox"/> 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland				Länderzone	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Monatsbeitrag in Euro				Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)				

Besteht aktuell eine weitere Krankenver- sicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
	<input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer	
	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)			

Ort, Datum

Unterschriften

(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

## Angaben zum Zahlungsverkehr

Lastschriftinzug

Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie dieses gemeinsam mit dem Antrag an uns zurück.

Überweisung (im Voraus)

Zahlweise

jährlich

halbjährlich (+ 2 %)

Kreditkarte (+ 6 %)

Nachname,  
Vorname(n)  
Kreditkarteninhaber

Kreditkarte

Master-/Eurocard

Visa

Diners

gültig bis

Kartenummer

Zahlweise

jährlich

halbjährlich (+ 2 %)

Aus Sicherheitsgründen benötigen wir noch Ihre Kreditkartenprüfnummer. Bitte übermitteln Sie diese telefonisch unter +49-40-30 68 74-0 oder schicken Sie uns diese in einer separaten E-Mail an [info@bdae.com](mailto:info@bdae.com) (Die Kreditkartennummer sollte dabei nicht mit aufgeführt werden!). Aus datenschutzrechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Versendung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Ort, Datum

Unterschriften

(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)



# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

### Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitrags-

schuldner ist der Versicherungsbeneficiäre gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.

- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsbeneficiären zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsbeneficiären gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)				
Angaben zum Beitragszahler	Nachname			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n)			
	Vollständige Anschrift			
	Tel.			
	IBAN			
	BIC/SWIFT	Bank		
	Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+ 2 %)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+ 3 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)			
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

# ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

## Zu versichernde Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Geben Sie auch Beschwerden etc. an, die Sie als unwesentlich empfinden. Geben Sie auf jeden Fall Beschwerden etc. an, wenn zwar keine Behandlung, wohl aber Untersuchungen stattgefunden oder Sie Arzneimittel eingenommen haben. Nutzen Sie bitte auch die nachfolgende „Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand“, die Teil dieses Fragebogens ist. Bitte füllen Sie diese jedenfalls immer dann aus, wenn Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet haben.  
 Zu allen Fragen die mit „Ja“ beantwortet wurden reichen Sie uns bitte ärztliche Berichte oder anderweitige Dokumente ein, falls vorhanden.

## 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden bezogen auf:

				Antwort
1.a	die Atmungsorgane (z. B. Allergie, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenerkrankung, Kehlkopf, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.b	das Herz oder die Kreislauforgane/Gefäße (z. B. Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bluthochdruck [Werte größer 140/90mmHg], Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Lymphödem)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.c	die Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen), die Nieren oder die Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.d	die Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; z. B. Sodbrennen, Magenschmerzen [häufiger als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Vorkommen von Blut im Stuhl)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.e	Stoffwechselfunktionen (z. B. Diabetes-Erkrankungen, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.f	die Augen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	Dioptrien	links rechts dpt dpt
1.g	andere Augenerkrankungen (z. B. Laserbehandlung, Katarakt [Grauer Star], Glaukom [Grüner Star], Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.h	die Ohren (z. B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus], Hörsturz)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.i	die Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z. B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie [umgangssprachlich: Weichteilrheuma])?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.j	den Rücken oder Nacken (z. B. Bandscheiben-, Wirbelsäulenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie [Hals-Arm-Schmerz])?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.k	die Haut (z. B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Flechten)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.l	das Blut (z. B. Gerinnungsstörungen), die Drüsen (z. B. Schilddrüse; z. B. Hormonstörung) oder die Milz?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.m	das Gehirn (z. B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder die Nerven (z. B. Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.n	die Psyche (z. B. Schlafstörung [mehr als 5 Mal im Monat], Angst-, Essstörung, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.o	Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Lymphome, Leukämie)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.p	Infektionskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Malaria, Tuberkulose)? Bitte auch mit „Ja“ beantworten, sofern noch Untersuchungsergebnisse ausstehend sind.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## 2. Ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand

		Antwort
2.a	Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schmerz-, Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.b	Wird oder wurde <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Alkohol konsumiert (d. h. durchschnittlich häufiger als jeden zweiten Tag)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.c	Werden oder wurden <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Drogen (auch Cannabis) genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.d	Waren Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.e	Sind Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen oder Krankengymnasten) untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Vorsorge/Checkup, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung durch einen Arzt in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.f	Fand <b>in den letzten 10 Jahren</b> eine stationäre Behandlung statt (z. B. Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung durch einen Arzt in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.g	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, bitte auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.h	Wurden Sie mit künstlichen Körperteilen oder Implantaten versorgt (z. B. künstliche Gelenke, Stents, Herzschrittmacher, Medikamentenpumpen, Brustimplantate, Schrauben, Platten oder Ähnliches)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.i	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe
		Gewicht
2.j	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen? Zähne, die noch nicht dauerhaft / nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.k	Wird oder wurde <b>in den letzten 5 Jahren</b> eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.l	Sind Zahnersatz oder On-/Inlays vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	herausnehmbare Prothese (Anzahl der betroffenen Zähne)
		Brücke(n) (Anzahl der betroffenen Zähne)
		Kronen/Venneers/On-/Inlays (Anzahl)
		Implantate (Anzahl)
2.m	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angabe:	Schwangerschaftswoche
2.n	Welcher Arzt und Zahnarzt kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?	



### Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sehr wichtig ist, dass Sie die Angaben zu Ihrem bzw. zum Gesundheitszustand der mit Ihnen zu versichernden Personen gewissenhaft und vor allem wahrheitsgemäß machen.

In den „Erläuterungen über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“ haben wir die wesentlichen Folgen einer unrichtigen Beantwortung beschrieben. Bitte beachten Sie, dass unrichtige Angaben den beantragten Versicherungsschutz gefährden.

Für eventuelle Fragen stehen Ihnen unsere Kundenbetreuer bzw. Ihr Versicherungsmakler zur Verfügung.





# WIDERRUFSRECHT

## 1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49-40-30 68 74-90, E-Mail: info@bdae.com.

## 2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und es werden die von Ihnen im Rahmen des Vertragsverhältnisses gezahlten Beträge vollständig erstattet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

## 3. Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### Ende der Widerrufsbelehrung

# DATENSCHUTZINFORMATION

## über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

### Verantwortlicher der Datenverarbeitung

BDAE Expat GmbH  
Kühnehöfe 3  
22761 Hamburg  
E-Mail: info@bdae.com  
Tel.: +49-40-30 68 74-0

### Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der BDAE Gruppe  
Kühnehöfe 3  
22761 Hamburg  
E-Mail: datenschutz@bdae.com  
Tel.: +49-40-30 68 74-18

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag zum Abschluss einer Auslandskrankenversicherung im Rahmen unseres EXPAT INFINITY Produktes entweder per Online-Antrag, per E-Mail, über das BDAE-Webupload-Portal oder postalisch an uns, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrages. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur allgemeinen Kunden- und Vertragsverwaltung, um mit Ihnen in Kontakt zu treten oder zur Rechnungsstellung. Im Leistungsfall benötigen wir die Daten zur Beurteilung und Abwicklung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Sofern für die Verarbeitung zu dem Versicherungsprodukt medizinische Daten von Ihnen abgefragt werden, gilt Ihre hierfür im Rahmen des Antrags eingeholte Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser medizinischen Daten.

### Empfänger und Empfängerkategorien personenbezogener Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit der Vertragsabwicklung bzw. Leistungserbringung Ihres EXPAT INFINITY Produktes erforderlich ist oder Ihre Einwilligung hierzu vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind. Im Rahmen der Antrags- und Vertragsbearbeitung werden Ihre personenbezogenen Daten an die BDAE Holding GmbH, unsere Schwestergesellschaft, die BDAE Consult GmbH sowie unsere Muttergesellschaft, die MSH INTERNATIONAL im Rahmen der Bedienung des Service-Portals weitergeleitet bzw. durch die beiden BDAE Gesellschaften erhoben, die in unserem Auftrag die Bearbeitung Ihrer Anträge und die Abwicklung Ihrer Vertragsleistungen übernehmen. Mit allen vorgenannten Unternehmen besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Vertrags- bzw. Leistungsfallbearbeitung personenbezogene Daten zum Teil pseudonymisiert an die folgenden Empfänger weitergegeben:

- Allianz Partners AWP Health & Life als Auslandskrankenversicherer
- ARAG SE als Ihr Patienten-Rechtsschutzversicherer
- Allianz Partners Deutschland GmbH im Falle von medizinischen Assistance-Leistungen
- BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG im Falle der Inanspruchnahme der Flugrückholkostenversicherung

Die Weitergabe Ihrer Daten an die oben genannten Empfänger ist für die Vertragsdurchführung zwingend erforderlich.

Die Daten werden über Server der BDAE Holding GmbH verarbeitet, die bei einem in Deutschland ansässigen Internetdiensteanbieter angemietet sind. Mit diesem besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ebenfalls ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

### Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation außerhalb der EU/EWR findet grundsätzlich nicht statt.

### Speicherdauer

Wir speichern Ihre Daten solange sie für die vorgenannten Zwecke erforderlich sind. Anschließend werden die Daten unter Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern keine berechtigten Interessen, wie z. B. zur Geltendmachung von Ansprüchen, dem entgegenstehen.

### Ihre Rechte als betroffene Person

In Bezug auf die Sie betreffenden personenbezogenen Daten können Sie dem oben benannten Verantwortlichen gegenüber die folgenden Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- das Recht auf Berichtigung und/oder Vervollständigung der Daten gemäß Art. 16 DSGVO
- das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 DSGVO
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- das Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO

Des Weiteren haben Sie ein Beschwerderecht gegenüber einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten erteilt haben, haben Sie das jederzeitige Recht die Einwilligung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Zur Geltendmachung Ihrer Rechte wenden Sie sich an unseren oben benannten Datenschutzbeauftragten.

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## gemäß Artikel 7 und 9 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich/wir willige(n) ein, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus meinem/ unserem Wunsch nach Abschluss einer Auslandskrankenversicherung EXPAT INFINITY für meinen/ unseren Auslandsaufenthalt, den ich/wir am heutigen Tag gestellt habe(n).

BDAE ist Versicherungsnehmerin einer Gruppenversicherung, der ich/wir gerne beitreten möchte(n). BDAE muss daher meine/unsere Gesundheitsdaten kennen, um meinen/ unseren Antrag auf Aufnahme in die Gruppe beurteilen und über ihn entscheiden zu können. Ggf. werden aufgrund meiner/ unserer Gesundheitsdaten Risikozuschläge oder Ausschlüsse festgesetzt.

Im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass BDAE zusätzliche Gesundheitsdaten aufnimmt, nutzt, speichert und verarbeitet. Auch hierzu erteile(n) ich/wir meine/ unsere Einwilligung.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung der BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Falls ich/wir Dritte (z. B. Steuerberater, Versicherungsvermittler, Personalabteilungen) in die Kommunikation mit BDAE einbeziehe(n) wollen werde(n) ich/wir diesen Personen entsprechende Freigaben nach Artikel 7 & 9 DSGVO erteilen und ggf. notwendige Schweigepflichtentbindungen vornehmen (lassen).

---

Ort, Datum

---

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und gem. Art. 8 DSGVO alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre)

## SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Neben der Einwilligung zur Erhebung, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner/unsere Gesundheitsdaten ist meine/unsere Schweigepflichtentbindung nötig, damit diejenigen Stellen, die zu Gesundheitsdaten befragt werden, diese Fragen beantworten dürfen. Das gilt sowohl im Antragsverfahren als auch im Falle der Beantragung einer Leistung und der Prüfung eines Versicherungsfalles. Die Vertraulichkeit dieser Daten ist über die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO – Artikel 7 & 9) und das Strafrecht (§ 203 StGB) geschützt.

Die Überprüfung der Daten erfolgt nur, soweit dies nötig ist, um den Antrag bzw. den Versicherungsfall zu bearbeiten.

Ich/wir habe(n) bereits eingewilligt, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Ich/wir willige(n) nunmehr ein, dass BDAE zu Zwecken der Prüfung der Aufnahme in den Versicherungsvertrag, der Risikobeurteilung und/oder der Leistungsfallprüfung bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Nachfragen stellen darf.

Ich/wir befreie(n) die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine/unsere zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bei BDAE.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für BDAE konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten diese Entbindungen von der Schweigepflicht bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte einzuschalten. Ich/wir willigen ein, dass BDAE meine/unsere Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an BDAE zurück übermittelt werden. Ich/wir entbinde(n) die für BDAE tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Im Ausnahmefall kann es nötig sein, dass BDAE den Versicherer, Allianz Partners AWP Health & Life, informiert. Für einen solchen Fall gelten alle hier gemachten Schweigepflichtentbindungen auch für Aussagen und Informationen der Allianz Partners AWP Health & Life gegenüber.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach meinem/ unserem Tod für BDAE erforderlich sein, meine/unsere gesundheitlichen Angaben zu prüfen. Auch für einen solchen Fall befreie(n) ich/wir die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von deren Schweigepflicht.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung des BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS



Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind, ist das ärztliche Zeugnis von Ihrem Arzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen. Sollte der zur Verfügung stehende Platz im Formular nicht ausreichen, nutzen Sie bitte unsere Anlage.

## Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

### 1. Allgemein:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
1.a	Haben Sie die Person bereits vor dem heutigen Tag untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.b	Größe:	cm	
	Gewicht:	kg	
	Bauchumfang:	cm	
1.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.g	Ist das Reflexverhalten normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**2. Herz, Kreislauf:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
2.a	Puls in Ruhe		
	Puls nach 10 Kniebeugen		
	Rückkehr zur Norm in	Minuten	
2.b	Blutdruck in Ruhe	/ mmHg	
	Blutdruck nach 10 Kniebeugen	/ mmHg	
2.c	Sind krankhafte Geräusche am Herzen festzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.d	Besteht eine Arrhythmie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.g	Besteht Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	



Bitte reichen Sie uns die aktuellen Laborwerte über Blutzucker (BZ/Glc), HbA1c, Harnsäure (HS), Blutfette (TC/TRG/LDL/HDL), Leberwerte (ASAT/GOT, ALAT/GPT und GGT), Nierenwerte (Kreatinin-Clearance, Kreatinin u. Harnstoff) und Tumormarker (CEA und PSA) ein.

**3. Gefäße:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.a	Bestehen Ödeme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampfadern? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**4. Atmungsorgane:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
4.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchitis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**5. Verdauungs-/Bauchorgane:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
5.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.c	Ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.d	Ist die Milz vergrößert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.e	Besteht ein Bruchleiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

**Untersuchungsbefund für:**

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

**6. Harn-/Geschlechtsorgane:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung	
6.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
6.b	Harnuntersuchung	Eiweiß	Sediment:	
		Zucker		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Ubg. vermehrt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:			

**7. Sonstiges:**

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



## ANGABEN ZUM ZAHNSTATUS



Sofern Sie 60 Jahre oder älter sind und den Tarif **EXPAT INFINITY CLASSIC** oder **EXPAT INFINITY PREMIUM** abschließen möchten, sind die Angaben zum Zahnstatus von Ihrem Zahnarzt in Verbindung mit einer Untersuchung auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des Versicherungsberechtigten zu tragen.

### Untersuchungsbefund für:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

### 1. Zähne:

#### Befund des gesamten Gebisses

Befund																	
1.a		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																	

#### Befundangaben/Legende

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>f</b> fehlende Zähne         | <b>K</b> vorhandene Kronen         | <b>s</b> sanierungsbedürftige Zähne |
| <b>e</b> bereits ersetzte Zähne | <b>b</b> vorhandene Brückenglieder | <b>()</b> Lückenschluss             |

	Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

