



## Erklärung zum Gesundheitszustand der Versicherten

1. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie kürzlich eine Krankheit, eine Missbildung, eine Störung oder ein relevantes Gesundheitsproblem? Im Falle von Frauen: Sind Sie derzeit schwanger? (siehe Tabelle)

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

2. Mussten Sie sich kürzlich einer diagnostischen Untersuchung unterziehen? Wurde Ihnen dazu geraten oder steht Ihnen eine solche Untersuchung bevor? (siehe Tabelle)

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

3. Hatten Sie in letzter Zeit einen chirurgischen Eingriff oder einen Unfall? Waren Sie im Krankenhaus oder steht Ihnen ein Krankenhausaufenthalt bevor?

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

4. Werden Sie zurzeit mit Medikamenten behandelt bzw. sind Sie zurzeit in irgendeiner Behandlung oder Rehabilitation? Sind Sie in einer physischen oder psychischen Therapie?

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

5. Haben Sie eine anerkannte, permanente Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit bzw. haben Sie eine solche Anerkennung beantragt (oder beabsichtigen Sie dies)?

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

6. Bei einem Gewicht über 90 kg, angeben welcher Versicherter, das Gewicht in kg und die Körpergröße in cm. Gewicht.....kg. Größe.....cm.

**Ja**

**Namen und Familienname(n) der Versicherten**

  
  
  
  
  
  

**Nein(\*)**

(\*) Keiner der Versicherten.

Wenn Sie eine der obigen Fragen mit JA beantwortet haben, spezifizieren Sie bitte im Folgenden Ihre Antwort:

---

---

---

---

---

## **KRANKHEITEN UND DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN**

**Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems:** Schlaganfall, Aneurysma, Angina pectoris, Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen), Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Myokardiopathie (Erkrankung der Herzkranzgefäße), Erkrankung der Herzklappen, Venenschwäche (Krampfadern).

**Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane:** Sehstörungen (grauer Star, Makuladegeneration, Erkrankung der Netzhaut, Glaukom oder grüner Star, Verlust der Sehkraft). Taubheit, Schwerhörigkeit oder Störungen des Hörvermögens, Schwindelanfälle und Menière-Krankheit (Drehschwindel), Erkrankungen der Stimmbänder. Enzephalopathien (Erkrankungen des Gehirns), Erkrankungen des Rückenmarks, Multiple Sklerose, Ataxie, Epilepsie, Querschnittslähmung, Lähmungen jedweder Art, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit.

**Krankheiten des Genital- und Urogenitaltraktes:** Niereninsuffizienz, Nierensteine, Erkrankungen der Prostata, Erkrankungen der weiblichen Brust, Erkrankungen der Gebärmutter/zugehörigen Geschlechtsorgane.

**Erkrankungen des Blutes:** Bluterkrankheit, Störungen der Blutgerinnung.

**Erkrankungen des Stoffwechsels und des Hormonsystems:** Diabetes mellitus Typ I, Fettsucht, Erkrankungen der Hypophyse, Erkrankungen der Schilddrüse, Erkrankungen der Nebennieren.

**Erkrankungen der Atemwege:** Apnoe (Atemstillstand im Schlaf), Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Emphysem, Lungenfibrose, Granulom, Histiozytose, Lungenentzündung, Staublung.

**Erkrankungen des Verdauungstraktes:** Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, chronische Lebererkrankungen, Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens, Dün- und Dickdarmerkrankungen.

**Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes:** Rheumatoide Arthritis, Arthrose, Erkrankungen der Wirbelsäule oder der Bandscheiben, Gelenkschäden, Dermatomyositis (Lilakkrankheit), die degenerative Muskelerkrankungen, Lupus Erythematodes.

**Onkologische Erkrankungen:** Diagnose jünger als 10 Jahre oder älter als 10 Jahre mit Rückfällen.

**Erbkrankheiten und chromosomale Veränderungen.**

**Geisteskrankheiten, emotionale Störungen und Verhaltensstörungen:** Schizophrenie, bipolare Störung, geistige Behinderung, Essstörungen, Abhängigkeitssyndrom (Raucher, Alkoholkonsum, Rauschmittel).

---

**Ergänzende diagnostische Untersuchungen:** Kernspintomografie (MRT), Computertomografie (CT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Spiegelungen des Verdauungstraktes, Gelenksspiegelung, Elektroenzephalografie (Hirnstrommessung), Elektromyografie (EMG), Gammagrafie (Kontrastmitteluntersuchung), Densitometrie (Knochendichtemessung), Arteriografie, hämodynamische Untersuchungen etc.

Nach Durchlesen des Fragebogens und des Anhangs erkläre ich, dass ich alle vorstehenden Fragen, die ggf. als Grundlage für die Erstellung einer Versicherungspolice gemäß dem vorliegenden Antrag dienen, genau, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich bin darüber informiert, dass jede Ungenauigkeit, Auslassung oder Unrichtigkeit FIATC berechtigt, den vorliegenden Vertrag in der Form und unter den Bedingungen zu beenden, wie sie in Artikel 10 des spanischen Gesetzes 50/1980 über Versicherungsverträge festgelegt sind.

Ort und Datum.....

DER VERSICHERUNGSVERMITTLER,

DER VERSICHERTE,

DER VERSICHERUNGSNEHMER,

# ANTRAG AUF ZAHNVERSICHERUNG

MÖCHTEN SIE DIE ZAHNVERSICHERUNG ABSCHLIESSEN?  JA  NEIN ZAHLUNGSWEISE:  MONATLICH  HALBJÄHRLICH  
 VIERTELJÄHRLICH  JÄHRLICH

HANDELT ES SICH UM DIESELBEN VERSICHERTEN WIE BEI DEN VERSICHERUNGEN FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNG **MEDIFIATC**,  
**MULTIMEDIC**, **MULTIMEDIC PLUS** ODER **MEDIFIATC BASE**?  JA  NEIN

ZUGEWIESENES ZAHNZENTRUM: \_\_\_\_\_

## VERSICHERTE

Nr.	NACHNAME	VORNAME	STEUERNR.	VERWANDSCHAFTS- GRAD	GEBURTS- DATUM	GESCH- LECHT (2)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(1) "M" Männlich, "W" Weiblich

**DIESER ABSATZ IST VON DER MEDIZINISCHEN BERATUNGSSTELLE DER FIATC KRANKENVERSICHERUNG AUSZUFÜLLEN**

GENEHMIGUNG  ABLEHNUNG  AUSSCHLUSS

KOMMENTARE UND ANMERKUNGEN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift

Medizinischer Berater

## INFORMATIONEN IM VORFELD.- Reklamationsinstanzen für Versicherungsnehmer, Versicherte oder Begünstigte der Versicherung und ggf. ihre Rechtsnachfolger:

Die Regelung zum Schutz der Kunden von Fiatc ist für die Kunden der Versicherung in jeder der Öffentlichkeit zugänglichen Zweigstelle, am Sitz der Versicherung in der Avenida Diagonal Nr. 648 in Barcelona sowie auf der Webseite [www.fiatc.es](http://www.fiatc.es) erhältlich.

### 1. KUNDENDIENSTABTEILUNG BZW. KUNDENSERVICE (SCAC)

Die Kundendienstabteilung bzw. der Kundenservice ist dafür zuständig, alle von Versicherungsnehmern, Versicherten, Begünstigten oder geschädigten Dritten vorgebrachten Klagen und geltend gemachten Ansprüchen entgegenzunehmen, zu untersuchen und abzuwickeln, soweit diese mit ihren entsprechenden rechtlich begründeten Interessen und Rechten durch den Versicherungsvertrag abgedeckt sind.

Die Kundendienstabteilung (SCAC) befindet sich an unserem Sitz in der Avenida Diagonal, Nr. 648, -08017- de Barcelona, Telefon 902 110 120, Fax 932 802 216 und E-Mail-Adresse [scac@fiatc.es](mailto:scac@fiatc.es). Die Kundendienstabteilung SCAC verfügt über eine Frist von **ZWEI MONATEN** ab Vorlage der Klage oder Geltendmachung des Anspruchs, um eine endgültige Entscheidung zu fällen.

### 2. VERWALTUNGSVERFAHREN

Ist die Partei, die Ansprüche geltend macht, mit der gefällten Entscheidung nicht einverstanden oder erfolgt innerhalb einer Frist von zwei Monaten keine Entscheidung durch die Kundendienstabteilung, dann kann der Anspruch vor dem spanischen BEAUFTRAGTEN ZUR VERTEIDIGUNG DES KUNDEN VON FINANZDIENSTLEISTUNGEN (COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL CLIENTE DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS) bei der Generaldirektion für Versicherungen und Rentenfonds mit Sitz im Paseo de la Castellana, Nr. 44 -28042, in Madrid, vorgebracht werden.

### 3. RICHTER UND GERICHTE

Grundsätzlich, und ohne Verpflichtung zur Einhaltung der vorgenannten Verfahren, werden Streitfälle vor den zuständigen Richtern und Gerichten entschieden.

## DATENSCHUTZKLAUSEL

Der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte/Begünstigte erklärt, dass er zu diesem Zeitpunkt und vor Abschluss dieses Vertrags alle Informationen über die maßgeblichen gesetzlichen Regelungen und die Reklamationsinstanzen erhalten hat.

Der Antragsteller erklärt, dass er die vorstehenden Fragen und den Fragebogen der Versicherung wahrheitsgemäß beantwortet und ausgefüllt hat und die Bedingungen der Versicherungspolice kennt, die ggf. aufgrund der vorliegenden Informationen und in redlichem Glauben abgeschlossen wird.

In Erfüllung von Artikel 5 des spanischen Gesetzes 15/1999 wird der Antragsteller, Versicherungsnehmer und/oder Versicherte/Begünstigte über die Speicherung der personenbezogenen Daten in einer Datei, für die FIATC verantwortlich ist, informiert. Der Zweck dieser Datei besteht darin, die Beauftragung dieser Versicherungspolice, den Ablauf, die Kontrolle und die Ausführung der

medizinischen Leistungen abzuwickeln, die durch den Versicherungsvertrag abgedeckt sind, Betrugsfälle zu verhindern sowie kommerzielle Mitteilungen über die Produkte unserer Versicherung

zuzustellen, die für Sie von Interesse sein können, es sei denn, Sie verweigern ausdrücklich ihre Zustimmung zum Erhalt der genannten kommerziellen Mitteilungen durch Ankreuzen des nach-

sehenden Kästchens . Die Informationen können an Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen oder Personen im Gesundheitswesen weitergegeben werden, damit die Versicherung die

vertraglich vereinbarten Leistungen erbringen kann. In diesem Sinne informieren wir darüber, dass der Antrag auf oder die Erbringung von medizinischen Leistungen im Rahmen des

Versicherungsvertrags die ausdrückliche Einwilligung des Antragstellers, Versicherungsnehmers und/oder Versicherten/Begünstigten zur Weitergabe der personenbezogenen Daten aus medi-

zischen Akten, Untersuchungen, Analysen oder Eingriffen zwischen FIATC und dem Arzt, Zentrum, Krankenhaus oder jeder anderen Institution oder Person, die eine entsprechende Betreuung

leistet, beinhaltet. Die Daten, die Gegenstand einer solchen Mitteilung sind, müssen einschlägig und angemessen sein. Sie dürfen weiterhin den erforderlichen Umfang nicht überschreiten, der

erforderlich ist, um die Rechte und Pflichten von Versicherungsnehmer, Versicherten/Begünstigten und FIATC zu erfüllen, auszuführen und zu kontrollieren, wie sie in dem entsprechenden

Krankenversicherungsvertrag zur Gewährleistung der medizinischen Betreuung festgeschrieben sind. Die dafür maßgebliche Gesetzgebung verpflichtet den Versicherten weiterhin, den Versicherer

über die Ursachen zu informieren, die die Leistungserbringung bedingen. Der Betroffene kann seine Rechte auf Zugang, Berichtigung, Löschung und Widerspruch durch ein Schreiben an FIATC,

Avenida Diagonal, 648, 08017 Barcelona, ausüben, dem eine Fotokopie seines Ausweises beizulegen ist. Bei Widerspruch gegen die Verarbeitung und Weitergabe der genannten Daten können

die in der Versicherungspolice zugesicherten Leistungen solange nicht erbracht werden, wie der Widerspruch andauert, da die FIATC nicht über die erforderlichen Daten verfügt, um die

Entschädigung zu berechnen oder die anderen Zwecke zu erfüllen, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben.

Abschließend und für den Fall, dass Sie Daten von Dritten weitergegeben haben, verpflichten Sie sich, diese ausdrücklich, genau und eindeutig über den Inhalt der Bestimmungen zur Verarbeitung

der Daten zu informieren, wie sie hier angeführt sind.

In \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_

DER VERSICHERUNGSVERMITTLER,

DER ANTRAGSTELLER - VERSICHERUNGSNEHMER,