



Antrag auf Krankenversicherung

IHR ANTRAG ZUM ABSCHLUSS EINER EINZELVERSICHERUNG
ODER ZUM BEITRITT ZUR GRUPPENVERSICHERUNG

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden*. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

*Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Liste der Dienstleister

Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen	
DKV Deutsche Krankenversicherung AG D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs-AG ERGO Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG Vorsorge Lebensversicherung AG

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags		
Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Versicherungsgruppe AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	T-Systems	Netzwerk- und Telefoniebetreiber
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH	Assistanceleistungen
	Almeda GmbH	In- und Outboundtelefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	Innovas GmbH	IT-Dienstleister für Krankenhausbehandlungsdaten
D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs-AG	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
	ICP Verwaltungs- und Service GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags)
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG	Legial AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfond AG	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG Vorsorge Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden		
Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outboundtelefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Assisteure	Assistanceleistungen
	Kooperatonspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten

Inhaltsverzeichnis

- Antrag auf Krankenversicherung / Beitritt zur Gruppenversicherung
- SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung
- Erklärung zum Antrag auf Krankentagegeldversicherung
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG
- Dienstleisterliste

Antrag auf Krankenversicherung Beitritt zur Gruppenversicherung

<input type="checkbox"/> Neukunde <input type="checkbox"/> ERGO-Mitarbeiter	Kunden-Nr.	Provision	Provision %	Versicherungs-Nr. KV <input type="checkbox"/> X-Antrag Zugangsweg Werbehilfe <input type="checkbox"/> Z-Antrag NGST.	DMS 01200
1. BD/Agt. (Verm.-KD-LM)/ OE-Nr.					Versicherungsschein / -ausweis an: <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Vermittler
2. BD/Agt./ OE-Nr.					

A. Angaben zum Antragsteller / Beitretenden

Vorname(n) / Zuname; Titel			Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*		
Straße und Hausnummer			Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
PLZ	Wohnort		Telefon (privat)**		
Geschäfts-/Arbeitgebername			Telefon (mobil)**		
Straße und Hausnummer			Telefon (geschäftlich)**		
PLZ	Ort		E-Mail**/De-Mail**		
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		seit:	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt		Besteht Mitgliedschaft in einer Kammer / einem Berufsverband? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name:

*(s.a. Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörde, Seite 6), **Angaben freiwillig

Beitritt zur Gruppenversicherung: Hiermit erkläre ich den Beitritt zum nachfolgend aufgeführten Gruppenversicherungsvertrag

GPNR-VNR	Dieser Gruppenversicherungsvertragspartner ist Versicherungsnehmer
----------	--

Ich beantrage die Mitversicherung der / des unter B. aufgeführten, mitversicherbaren Ehe-/Lebenspartners Kind.
 Die Pflegepflichtversicherung kann nur im Rahmen der Einzelversicherung beantragt werden. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1 Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*

Vorname(n) / Zuname					
Straße und Hausnummer					
PLZ	Wohnort				
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)					
Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Besteht Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ambulant %	Stationär %	Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:		
Beihilfevorschriften? <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land, welches?					
Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an wen?					

Beginn	Tag	Monat	Jahr	Bei beantragtem Krankentagegeld: <input type="checkbox"/> A58 ist beigefügt		
Umwandlung	Tarife / (V)V65	Leistungsbeginn / Tagesgeldhöhe	Tarifbeitrag	minus Anrechnungsbetrag	+ eventuellem Zuschlag	zu zahlender Beitrag
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Gesetzlicher Beitragszuschlag						
monatlicher Gesamtbeitrag						

Person 2 Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*

Vorname(n) / Zuname					
Straße und Hausnummer					
PLZ	Wohnort				
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)					
Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Besteht Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ambulant %	Stationär %	Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:		
Beihilfevorschriften? <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land, welches?					
Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an wen?					

Beginn	Tag	Monat	Jahr	Bei beantragtem Krankentagegeld: <input type="checkbox"/> A58 ist beigefügt		
Umwandlung	Tarife / (V)V65	Leistungsbeginn / Tagesgeldhöhe	Tarifbeitrag	minus Anrechnungsbetrag	+ eventuellem Zuschlag	zu zahlender Beitrag
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Gesetzlicher Beitragszuschlag						
monatlicher Gesamtbeitrag						

Gesamt-Monatsbeitrag Person 1 und Person 2

Antragsteller wünscht eine Bescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber Anlage: Übertragungswertbescheinigung

Besondere Vereinbarung (bedürfen der schriftlichen Genehmigung der Gesellschaft) / **Erläuterung zur Umwandlung**

C. Beitragszahlung

- Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich abgerufen werden.
- Das erforderliche Mandatsformular für das Lastschriftverfahren wurde ausgefüllt und unterschrieben beigelegt.
- Bei Vertragsänderung: Lastschriftverfahren wie bisher (kein Mandatsformular für das Lastschriftverfahren erforderlich)

D. Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich, siehe dazu auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt / Inhalt der Beitrittserklärung“ auf Seite 4. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin.

Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen; bitte weisen Sie dann im Antrag / in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren, die der DKV durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht mit der Diagnose angegeben zu werden. Hier reicht es aus, wenn als Erläuterung zur Gesundheitsfrage „Ist der DKV bekannt“ angegeben wird.

Rechtsfolgenbelehrung: Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag), geschlossen hätten. Bei einer von Ihnen zu vertretenen Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Für die nachstehend genannten Tarife sind nur die dort aufgeführten Gesundheitsfragen zu beantworten. Zu den nicht aufgeführten Tarifen sind immer die Fragen 1–11 zu beantworten, bei Tarifen mit zahnärztlichen Leistungen zusätzlich die Fragen 12 und 13.

Tarife	Fragen	Tarife	Fragen	Tarife / Krankentagegeld (KT)	Fragen
KNHB, KAZM	4	KHMR	9	KPEK, KPET	9, 11, 14
KDBE	12	KDT, KSHR, UZ1, UZ2, KBCK, VV65	keine	KT ab dem 43. Tag*	4, 7, 9
KDT50, KDT85	12, 13	KGZ1, KGZ2	4, 7, 9, 10, 11	KT vor dem 43. Tag	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11

* Bei Tarif KTAB sind immer die Fragen für ein „KT vor dem 43. Tag“ zu beantworten.

	Person 1		Person 2	
	nein	ja	nein	ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestehen ein körperlicher/organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte Bescheid beifügen. in %	_____	_____	_____	_____
10. Besteht eine Schwangerschaft? (Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monat	_____	_____	_____	_____
11. Größe und Gewicht	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
12. Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Anzahl	_____	_____	_____	_____
14. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Frage 12 und 13: s.a. „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzen Zähnen bzw. laufender/angeratener Behandlung“ auf Seite 6.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „ja“ beantwortet:

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?); Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden von-bis; Pflegebedürftigkeit seit:	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/ beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen/Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

Beiblatt zu Gesundheitsfragen (mit Datum und Unterschrift) beigelegt für: Person 1 Person 2

E. Beantragung Wartezeiterlass

Ich beantrage, auf die Wartezeiten die angegebene ununterbrochene Dauer der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. des Anspruchs auf freie Heilfürsorge anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1: nein ja, Nachweis ist beigefügt wird nachgereicht

Person 2: nein ja, Nachweis ist beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den auf Seite 6 genannten Voraussetzungen.

Person 1: nein ja

Person 2: nein ja

F. Sonstige Angaben und Fragen

Bei welcher Gesellschaft (PKV) / Krankenkasse (GKV) besteht und/oder bestand **Krankenversicherungsschutz** und/oder wurde ein solcher beantragt?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr. bzw. gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis (Angabe für die letzten 24 Monate)	Krankheitskostenversicherung bzw. freiwillig versichert	Kranken(tage-)geldanspruch (KT)	Krankenhaus-tagegeldanspruch (KHT)	Kurkosten- (KurK)/ Kurtagegeldanspruch (KurT)	wenn ja, Höhe KT, KHT bzw. KurT
1			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.
2			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.

Bei welcher Gesellschaft/Pflegekasse besteht und/oder bestand **Pflegeversicherungsschutz** und/oder wurde ein solcher beantragt?

Angaben zur privaten Pflegepflicht- bzw. sozialen Pflegeversicherung				Angaben zu einer privaten Pflegezusatzversicherung			
Person	Versicherer, Versicherungs-Nr. bzw. gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	Nachweis beigefügt?	Versicherer, Versicherungs-Nr.	Tarif	von – bis	ggf. Tagegeldhöhe
1			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
2			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

Antrag auf Beitragsbefreiung für Kinder in der privaten Pflegepflichtversicherung (Wird kein Elternteil mitversichert, bitte Formular A40 beifügen.)

Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i. S. d. Einkommensteuerrechts,

Erläuterung s. Seite 6) bezogen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw.

bei geringfügiger Beschäftigung 450 EUR überschreitet?

Person 1: nein ja

Person 2: nein ja

G. Schlusserklärungen

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die **Einwilligung zur Bonitätsprüfung** auf Seite 5, zur **Übermittlung der Daten an die Finanzbehörden** auf Seite 6 sowie **in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung** auf den Seiten 4 und 5 ab. Dazu zählen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV
 - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen
 - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Darüber hinaus habe(n) ich (wir) die auf den Seiten 4 bis 6 aufgeführte Hinweise und Erklärungen u. a. die **Widerrufsbelehrung** zur Kenntnis genommen.

Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.

Ort / Datum		Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden	
Unterschrift des Vermittlers	DKV-Spezialist	Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter	

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt

- der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz
- des Informationsblattes „Hinweise zu den Tarifen nach Art der Schadenversicherung“, falls beantragt

Datum	Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden
-------	--

Einverständniserklärung

Unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages bin ich damit einverstanden, dass der mich betreuende Vermittler der ERGO Versicherungsgruppe und die Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe (**ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Versicherung AG, DKV, D.A.S.**) mich zu Versicherungs- und Finanzdienstleistungs-Produkten für mich und meine Familie sowie zwecks Vereinbarung eines persönlichen Termins

per Mail per Telefon (bitte Zutreffendes ankreuzen)

kontaktieren. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden
-------------	--

Mein Einverständnis kann ich jederzeit formfrei widerrufen – z.B. per E-Mail an service@dkv.com oder per Telefon: 0 800/3 74 64 44 (gebührenfrei).

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein / Versicherungsausweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes 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:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin. Bei einem Widerruf der Krankenversicherung per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 18 05 / 786 000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag / Beitrittserklärung) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr 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

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt / Inhalt der Beitrittserklärung

Nach § 19 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen weisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf Seite 2.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung *

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre daten-

schutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Versicherungsgruppe AG weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DKV unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag / diese Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung / Stellung der Beitrittsklärung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung / Stellung der Beitrittsklärung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

* Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Einwilligungsklausel zur Bonitätsprüfung

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer vor Vertragsabschluss zum Zweck der Antragsprüfung, sowie zu Zwecken der Vertragsverwaltung und Vertragsabwicklung (z.B. bei Zahlungsverzug) Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten selbst oder bei einer Auskunftseinholung, verarbeitet und nutzt (vgl. Nr. 1 der Information zur Bonitätsprüfung). Ebenso willige ich ein, dass zur Antragsprüfung vom Versicherer eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren und unter Verwendung von Anschriftendaten erzeugte Einschätzung meines Zahlungsverhaltens (Scorewert) bei einer Auskunft eingeholt, verarbeitet und genutzt wird (vgl. Nr. 2 der Information zur Bonitätsprüfung).

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem ist der Versicherer verpflichtet, mir Auskunft zu geben über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Weitere Informationen finden sich insgesamt in der beigefügten Information zur Bonitätsprüfung.

Information zur Bonitätsprüfung

1. Der Versicherer nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers und Versicherungsnehmers zu überprüfen, um Kosten – insbesondere für die Gemeinschaft unserer Kunden – zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherungsnehmers entstehen. Der Versicherer holt diese Auskunft selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunft (wie z. B. Bürgel, InfoScore, Creditreform). Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers oder Versicherungsnehmers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiter zu geben.

2. Zur Einschätzung des Risikos von künftigen Zahlungsausfällen erstellt eine Auskunft für den Versicherer eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers. Dazu wird von der Auskunft auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren ein Scorewert gebildet, welcher dem Versicherer eine Einschätzung hinsichtlich des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers ermöglicht. Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiter zu geben.

3. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz haben Sie einen Anspruch darauf, auf Antrag über alle zu Ihrer Person gespeicherten Daten und ihre Herkunft sowie über die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die die Daten weitergegeben werden, und den Zweck der Speicherung informiert zu werden. Der Anspruch besteht sowohl gegenüber uns als Versicherer als auch gegenüber den von uns eingeschalteten Auskunfteien. Die Auskünfte erhalten Sie beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers und der entsprechenden Auskunftei.

Scorewerte beziehen wir zurzeit bei folgender Auskunft:

– InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Tel.: 07221 / 50401678

Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300,

50933 Köln oder gerne per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 0 18 05 / 78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen) oder rufen Sie uns an unter 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)**.

** oder aus dem Ausland +49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden über die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 10 Abs. 2a EstG)

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder mit Einschränkungen erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Umwandlung:

Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkung, Ausschlüsse

Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für ein erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Nach Umwandlung einer Versicherung bleiben etwaige bisherige Einschränkungen und Leistungsausschlüsse weiter bestehen.

Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV

Ich reiche **innerhalb von 90 Tagen** – gerechnet vom Datum der Antragstellung an – einen Nachweis ein, aus dem hervorgeht, ob und für welchen Zeitraum die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer mit Bestandskonditionen geführt wurde bzw. ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung oder private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.

Gesamteinkommen

Darunter fallen Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte i.S.d. § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt.

Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen bzw. laufender / angeratener Behandlung

– KombiMed Tarife KDT50, KDT85 und KDBE

Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen wird pro fehlendem Zahn ein versicherungsmedizinischer Zuschlag erhoben und zwar für den KombiMed Tarif KDT50 2,00 Euro und für den KombiMed Tarif KDT85 4,00 Euro für die Dauer der Versicherung. Die Höhe des versicherungsmedizinischen Zuschlages wird im Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung überprüft und, soweit erforderlich, in deren Rahmen angepasst.

Einzelversicherung:

Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen und / oder bei laufenden, angeratenen oder beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahmen ist der Abschluss der Tarife nicht möglich.

Gruppenversicherung:

Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind für die betroffene Person die Kosten für Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) sowie implantologische Leistungen einschließlich damit im Zusammenhang stehende funktionsanalytische / funktionstherapeutische Maßnahmen und dabei anfallende zahntechnische Laborarbeiten und Materialien nach der entsprechenden Tarifregelung nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB für die oben genannten Tarife keine Leistungspflicht der DKV. Hierunter fallen auch uns eventuell bekannt gegebene zahnärztliche, kieferorthopädische oder -chirurgische Maßnahmen.

– KombiMed Tarif KDT

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB für den KombiMed Tarif KDT keine Leistungspflicht der DKV. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt nach Nr. 1.3 der AVB für den KombiMed Tarif KDT auch für die erstmalige Versorgung von bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden, nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.

Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Haben Sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen.

Einzelversicherung:

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Wartezeiterlass (nur für Einzelversicherung)

- Wird der bedingungsgemäße Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung beantragt, wird von uns geprüft, ob die Wartezeiten* erlassen werden können. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A29.
- Für die KombiMed Tarife KDT50, KDT85 und KDBE prüfen wir den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A28.

Die Kosten für die ärztliche / zahnärztliche Untersuchung sind vom Antragsteller zu tragen. Geht der Untersuchungsbericht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Fall Eigentum der DKV.

* Kein Wartezeiterlass bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR). Bei den Tarifen KGZ1 / KGZ2 kein Wartezeiterlass für Zahnersatz bzw. Zahn- und Kieferregulierung.

Gilt nur bei Gruppenversicherung:

Versicherbarer Personenkreis

Ich gehöre ab Beginn des Versicherungsschutzes als Mitglied / Mitarbeiter des auf Seite 1 genannten Gruppenversicherungsvertragspartners zu dem nach diesem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis. Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung von Familienangehörigen nur möglich ist, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am 1. des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt bzw. zu dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt, frühestens mit Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrages (auch bei Umwandlungen). Bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR) beginnt der Versicherungsschutz im Übrigen nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Vorversicherung

Sofern in den letzten 6 Monaten vor Abgabe der Beitrittserklärung kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung für eine zu versichernde Person bestanden hat, ist für diese eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Dazu erhalte ich von der DKV einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck (A 29), den ich innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung entsprechend ausgefüllt zurückgebe. Die Kosten der Untersuchung trägt der Beitretende. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle Eigentum der DKV.

**SEPA-
Basislastschriftmandat
für wiederkehrende
Zahlung**

Einzugsermächtigung war gestern, heute heißt das SEPA

Sie möchten, dass wir Ihre Versicherungsbeiträge von Ihrem Bankkonto abbuchen? Für die Abbuchung Ihrer Beiträge benötigen wir das von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene SEPA Lastschriftmandat.

SEPA steht für Single Euro Payments Area: Das ist der einheitliche Euro-Zahlungsverkehrsmarkt. In ihm sind einheitliche Standards und Verfahren für den unbaren Euro-Zahlungsverkehr festgelegt. Damit ändern sich Lastschrift- und Überweisungsvorgänge, die auch für Sie wichtig sind.

IBAN

Die wichtigste Neuerung ist eine Kennziffer, die künftig alle nationalen Kontoangaben (in Deutschland Kontonummer und Bankleitzahl) ersetzt: die IBAN (International Bank Account Number – die internationale Kontonummer).

Die IBAN in Deutschland hat 22 Stellen und ist immer nach dem gleichen Prinzip aufgebaut. Es gibt einen internationalen Teil, der sich aus einem Länderkennzeichen und einer Prüfziffer zusammensetzt. Der nationale Teil enthält die individuellen Kontodetails. Sehr oft sind das die bisherige Bankleitzahl und Kontonummer.

BIC

BIC ist die Abkürzung für Business Identifier Code: Ein international standardisierter Bank-Code, vergleichbar mit der Ihnen bekannten Bankleitzahl.

Ihre IBAN und Ihr BIC stehen in der Regel auf Ihren Kontoauszügen oder auf der Rückseite Ihrer Bankkarte. Beim Online-Banking finden Sie diese Angaben z. B. auch unter „Meine Daten“ oder „Kontodetails“. Das ist abhängig davon, wie diese Bereiche bei Ihrer Bank im Online-Bereich heißen.

Erklärung zum Antrag auf Krankentagegeld- versicherung

Erklärung zum Krankentagegeld

Bei Beantragung von Krankentagegeld für

- **Angestellte**
- **Selbstständige**
- **Freiberufler**

ist zusätzlich zum Antragsformular bzw. zur Beitrittserklärung das Formular A58 zwingend erforderlich.

Bitte reichen Sie das ausgefüllte und vom Kunden unterschriebene Formular „A58 – Erklärung zum Krankentagegeld“ zusammen mit dem Antrag bzw. der Beitrittserklärung ein.

DMS 01011

Versicherungs-Nr. (falls vorhanden) KV	Anlage zum Antrag / zur Anfrage vom	BD/Agt. (Verm.-KD-LM)/ OE-Nr.
Vorname(n) / Zuname des Antragstellers / Anfragestellers		

Erklärung zum Antrag / zur Anfrage auf Krankentagegeldversicherung

Person 1

Vorname(n) / Zuname		
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler
Krankengeldtarif:	täglich:	EUR

Person 2

Vorname(n) / Zuname		
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler
Krankengeldtarif:	täglich:	EUR

Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?	Tage: bzw. Wochen:
Durchschnittlicher monatlicher Brutto verdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?	
Art der freiberuflichen Tätigkeit/ des selbstständigen Gewerbes; seit wann?	
Eintragung ins Handelsregister/ Gewerbeanmeldung; seit wann?	
Durchschnittliches monatliches Netto einkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?	

Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?	Tage: bzw. Wochen:
Durchschnittlicher monatlicher Brutto verdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?	
Art der freiberuflichen Tätigkeit/ des selbstständigen Gewerbes; seit wann?	
Eintragung ins Handelsregister/ Gewerbeanmeldung; seit wann?	
Durchschnittliches monatliches Netto einkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?	

Zusätzliche Angaben bei einem Gesellschafter/Geschäftsführer einer GmbH

Person:	Ist für Sie in dem Gesellschafter-/Geschäftsführer-Verträgen ein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge geregelt?	Werden Beiträge zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung abgeführt?
<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> nein, keine Regelung	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> ja, kein Anspruch auf Fortzahlung	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> ja, Fortzahlung der Bezüge bis einschließlich: Tage	

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Tarif TL

Besteht eine Absicherung der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (AAG) bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

- nein
- ja, _____ Euro werktäglich bzw. _____ % vom weitergezahlten monatlichen Entgelt

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers / Anfragestellers und der zu versichernden Person(en)
Ort/Datum	Unterschrift des Vermittlers

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

Telefon 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)*

Telefax 0 18 05 / 786 000
(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

* oder aus dem Ausland +49 / 2 21 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen
Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

Ihre persönliche Betreuung vor Ort: