

Antrag auf

- ◀ Private Krankenversicherung
- ◀ Pflegepflichtversicherung
- ◀ clinic A und clinic U
- ◀ Düsseldorfer Pflegegeld



Gültig für folgende Gesellschaften:

Allianz	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	R+V Krankenversicherung AG
Private Krankenversicherungs-AG	GOTHAER Krankenversicherung AG	SIGNAL IDUNA
ARAG Krankenversicherungs-AG	Hallesche Krankenversicherung a. G.	Krankenversicherung a. G.
AXA Krankenversicherung AG	HanseMercur Krankenversicherung AG	Union Krankenversicherung AG
Barmenia Krankenversicherung a. G.	Inter Krankenversicherung AG	uniVersa Krankenversicherung a. G.
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Münchener Verein	vigo Krankenversicherung VVaG
Continental Krankenversicherung a. G.	Krankenversicherung a. G	Württembergische
DBV Deutsche Beamtenversicherung	NÜRNBERGER	Krankenversicherung AG
Krankenversicherung	Krankenversicherung AG	

Antrag auf Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Pflegepflichtversicherung, clinic A und clinic U, Düsseldorfer Pflegegeld

Hinweise

Die auf Grundlage dieses Antrages abzuschließenden Verträge in der Kranken-, Pflegepflicht-, Unfall- und Pflegeergänzungsversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge. Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 dieses Antrags.

Kooperation

Eingereicht in Kooperation von insuro Maklerservice GmbH blau direkt GmbH & Co. KG

Antragsteller(VN)

¹Erstwohnsitz lt. Melde-
register (Beachten Sie
dazu Seite 7 – „Einwilli-
gung in die Bonitäts-
auskunft“)

²Freiwillige Angabe

Anrede Herr Frau Firma Titel

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Straße, Haus-Nr. ⁽¹⁾

PLZ, Ort ⁽¹⁾

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit deutsch andere in Deutschland seit

Familienstand ledig verheiratet/eingetragener Lebenspartner geschieden verwitwet

Telefon ⁽²⁾ E-Mail ⁽²⁾

Tätigkeitsstatus angestellt nicht erwerbstätig freiberuflich selbstständig seit dem

Beamter Bund Beamter Land Beihilfesatz ambulant % Beihilfesatz stationär %

Anzahl der beihilfeberechtigten Personen Anspruch auf Heilfürsorge

berufliche Tätigkeit (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)

Geschäftsadresse, Arbeitgeberadresse

Branche

Eintragung im Handelsregister nein ja, am

Gewerbeanmeldung, Zulassung nein ja, am

Zu versichernde Personen (VP)

Person 1

Ich beantrage für die genannten Personen den Abschluss bzw. die Änderung eines Kranken- bzw. Pflege- und/oder Unfallversicherungsvertrages nach den jeweils bezeichneten Tarifen auf der Basis der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherungsbeginn Antragsteller ist gleichzeitig die zu versichernde Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet/ing. Lebenspartner geschieden verwitwet

Adresse (falls abweichend)

Geschäftsadresse (bei Angestellten Arbeitgeberadresse)

wie Privatschrift

Staatsangehörigkeit deutsch andere in Deutschland seit

Beruf/Branche (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)

Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt

selbstständig angestellt freiberuflich nicht berufstätig angestellt im öffentlichen Dienst Anspruch auf Heilfürsorge

Selbstständig/freiberuflich seit Anzahl sozialversicherungs-pflichtiger Mitarbeiter

Eintragung im Handelsregister nein ja, am

Gewerbeanmeldung/Zulassung nein ja, am

Beihilfeanspruch nach Richtlinie Bund Land seit ambulant % stationär %

Beantragung von Ausbildungstarifen Schüler/in Azubi Student/in Beamtenanwärter/in

Dauer der Ausbildung/ des Studiums von bis

Auslandsaufenthalt Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant? nein ja

Grenzgänger Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? nein ja

Person 2

Versicherungsbeginn

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet/ing. Lebenspartner geschieden verwitwet

Adresse (falls abweichend)

Geschäftsadresse (bei Angestellten Arbeitgeberadresse)

wie Privatschrift

Staatsangehörigkeit deutsch andere in Deutschland seit

Beruf/Branche (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)

Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt

selbstständig angestellt freiberuflich nicht berufstätig angestellt im öffentlichen Dienst Anspruch auf Heilfürsorge

Selbstständig/freiberuflich seit Anzahl sozialversicherungs-pflichtiger Mitarbeiter

Eintragung im Handelsregister nein ja, am

Gewerbeanmeldung/Zulassung nein ja, am

Beihilfeanspruch nach Richtlinie Bund Land seit ambulant % stationär %

Beantragung von Ausbildungstarifen Schüler/in Azubi Student/in Beamtenanwärter/in

Dauer der Ausbildung/ des Studiums von bis

Auslandsaufenthalt Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant? nein ja

Grenzgänger Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? nein ja

nur BK, Nürnberger,
SIGNAL IDUNA u. UKV

Versicherer

Anschrift und
Rechtsform auf Seite 8

Gesellschaft

Neuantrag Änderungsantrag zur VNr.

Tarife und Beiträge

Tarife und Beiträge Person 1

<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
Risikozuschlag (RZ) (Details Seite 4)	€
Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife	€
Pflegepflichtversicherung <input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB	€
mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV	€
<input type="checkbox"/> clinic A* <input type="checkbox"/> clinic U*	€
Düsseldorfer Pflegegeld (Details Seite 4)	€

Fortsetzung Person 1

Tarife und Beiträge Person 2

<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	€
Risikozuschlag (RZ) (Details Seite 4)	€
Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife	€
Pflegepflichtversicherung <input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB	€
mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV	€
<input type="checkbox"/> clinic A* <input type="checkbox"/> clinic U*	€
Düsseldorfer Pflegegeld (Details Seite 4)	€

*Tarife clinic A und clinic U der HanseMercur Krankenversicherung AG. Die Monatsbeiträge je Tarif unabhängig vom Geschlecht: 0 – 19-jährige 3 EUR, 20 – 60-jährige 9 EUR.

Gesundheitszustand der VP

Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers. Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten.

WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRÄGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die Ihnen gesondert ausgehändigten Erläuterungen des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Seite 7). Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer im Abschnitt „Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12“ genaue Angaben zu machen.

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht (nähere Erläuterung siehe Seite 8 unter „Hinweise zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)“).

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich der Versicherung innerhalb einer Frist von 3 Tagen ab Antragstellung.

1. Körpergröße und Gewicht
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (bei Württembergische die letzten 10 Jahre, auch Hilfsmittelversorgung)
3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?
(bei Württembergische die letzten 5 Jahre; bei Allianz, DKV, HanseMerkur und SIGNAL IDUNA für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre)
4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?
(bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 6 Jahre; bei HALLESCHER, R+V und Württembergische die letzten 10 Jahre)
5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei Continentale und SIGNAL IDUNA: einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt?
(bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK, HALLESCHER, Inter, Nürnberger, R+V, SIGNAL IDUNA, UKV, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre)
6. Besteht eine Fehlsichtigkeit?
Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)?
(nicht erforderlich bei Allianz, HanseMerkur, R+V und Württembergische)
7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?
(bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL IDUNA ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulante) die letzten 3 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur)
8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) (nur bei BK, Gothaer und UKV) Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?
- 9.1 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder Alkohol eingenommen? (bei HanseMerkur und R+V unbegrenzt; bei Württembergische nur Arzneimittel die letzten 2 Jahre)
- 9.2 Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose?
(bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei R+V, SIGNAL IDUNA, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre; nicht erforderlich bei HanseMerkur)
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?
(nur bei Allianz und Continentale: Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?)
11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?
(nur zu beantworten bei BK, Münchener Verein und UKV die letzten 5 Jahre)
- 12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa; bei BK u. UKV: auch Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind)
- 12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen? Oder besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?
- 12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront?
(zu beantworten bei Allianz, HALLESCHER, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-2 und SIGNAL IDUNA älter 5 Jahre; bei BK u. UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre und nur für Personen älter 18 J.; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz, bei BK, Inter u. UKV auch herausnehmbarer Zahnersatz sowie Inlays/Onlays; bei SIGNAL IDUNA ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben; bei Württembergische zählen Zähne, die durch Prothesen (herausnehmbar) ersetzt sind, als fehlende Zähne)
- 12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)?
(nicht erforderlich bei Allianz und Württembergische; bei Continentale nur für Personen älter 18 J.)
- 12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben?
(nur bei Münchener Verein zu beantworten, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben)

Person 1	Person 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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
<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
<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
<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
<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
<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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/> ersetzt <input type="text"/> überkr.	<input type="text"/> ersetzt <input type="text"/> überkr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen (2-12), es liegen diesem Antrag zusätzliche Blätter für weitere Angaben bei. Anzahl:



Versicherungsnehmer

Datum

Risikozuschläge

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden	RZ für Person	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ in €	RZ wegen Diagnose
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt und Zahnarzt

(Bei Tarifen mit freier Arztwahl ist die Angabe eines Hausarztes nicht notwendig, Ausnahme: Württembergische)

Person 1		Person 2	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige	Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige
Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>	Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>
Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>	Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>
Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift	<input type="text"/>	Name und Anschrift	<input type="text"/>

Krankentagegeld und Einkommen

Höhe der durchschnittlichen mtl. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate (z. B. nicht selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)

Person 1		Person 2	
brutto €	netto €	brutto €	netto €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tage	Wochen	Tage	Wochen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dauer der Gehaltsfortzahlung (Tage/Wochen)

Sind Sie als geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, oHG etc. am Stammkapital zu mindestens 50% beteiligt? nein ja

Das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldversicherern) übersteigt nicht das zu versichernde Nettoeinkommen der letzten 12 Monate und die gewählte Karenzzeit ist nicht kürzer als die Dauer des Anspruchs aus der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Neugeschäftskonditionen nach § 110 Abs. 3 SGB XI; **Altbestandskonditionen** nach § 110 Abs. 1 und 2 SGB XI; Für die Beitragsberechnungen gelten: **Neugeschäftskonditionen** (= neu) oder **Altbestandskonditionen** (= alt) übersteigt das regelmäßige monatliche Einkommen* die Grenze für die Familienversicherung**?

Person 1		Person 2	
<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei Ehepaaren:*** Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung für den nachfolgenden Ehegatten:

Name, Vorname des Ehegatten Pflegepflichtversicherung des Ehegatten*** bei Gesellschaft: Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaftsversicherung.

Bei Kindern: Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der privaten Pflegepflichtversicherung für Person 1 Person 2 und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI (Details zu den Voraussetzungen auf Seite 8) erfüllt sind. Der nachgenannte Elternteil ist privat pflegepflichtversichert (nicht als Anwartschaft).

Name, Vorname bei seit

Gleichzeitig bestätige ich, dass das monatl. Gesamteinkommen* des oben aufgeführten Ehegatten, bzw. Lebenspartner, bzw. Kind nicht regelmäßig über der Grenze für die Familienversicherung** liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers, entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich Beiträge nachentrichten. Ein Nachweis über das anderwertige Bestehen einer Pflegepflichtversicherung folgt.

* Als Gesamteinkommen (Definition siehe Schlusserklärung) gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). ** 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Betrag bitte erfragen (in 2019: 445 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 8a SGB IV nicht mehr als 450 EUR. *** Ebenfalls Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

Vorversicherung

Der Antragsteller ist verpflichtet, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da die Angaben bei der Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung vom Vorversicherer und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben des Antragstellers oder der Versicherten benötigt werden. Hinsichtlich der Verifizierung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung mit dem Vorversicherer erforderlich sein.

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung, eine Versicherung für den Pflegefall, ein KT, Kurtagegeld oder KHT? Wurde in den letzten 5 Jahren eine solche beantragt, abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt? (bei DKV, Gothaer, Inter u. Württembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre)

Der Vorversicherungsnachweis wird vom Versicherungsnehmer/Antragsteller nachgereicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der beantragte Versicherer hinsichtlich meiner Angabe vor Antragsannahme oder im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

GKV/PKV	Versicherer bzw. Kasse	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Abgelehnt am	Vertrag ruhend gestellt seit	Gekündigt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Besteht weiterhin parallel ein Kranken-, Krankenhaus-, Kur-, Pflegegeld?
VP 1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art
VP 2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art

VN Bitte geben Sie zusätzlich an, falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, ob der VN derzeit Beitragsrückstände bei einem Krankenversicherer hat. nein ja

Eine Übertragungswertbescheinigung bei Wechsel von PKV zu PKV habe ich beigefügt reiche ich nach

Wartezeiterlass

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, falls nachstehend nichts anderes beantragt und vom Versicherer bestätigt wird.

Für die Wartezeiten beantrage ich die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der privaten Krankenversicherung. Den Vorversicherungsnachweis der Krankenversicherung reiche ich nach.

Durch eine ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung, deren Kosten ich trage, beantrage ich nur für die Krankenversicherung und soweit die Tarifbedingungen dies vorsehen, den bedingungsgemäßen Erlass der allgemeinen und ggf. der besonderen Wartezeiten. Dieser Antrag gilt als auf den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten gerichtet, wenn der Untersuchungsbefund auf einem Vordruck des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen (BK, HALLESCHER und UKV: nicht innerhalb von 21 Tagen, Continentale u. Gothaer: nicht innerhalb von 28 Tagen, uniVersa: nicht innerhalb von 1 Monat) nach Antragstellung beim Versicherer eingegangen ist.

Person 1		Person 2	
<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 <input type="checkbox"/> nein

Düsseldorfer Pflegegeld

Antrag zur Pflegetagegeldversicherung Düsseldorfer Pflegegeld der vigo Krankenversicherung VVaG. Aufnahmefähig sind Personen ab 12 Jahren.

Person 1					Person 2					
Pflegegrad	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Pflegetagegeld in EUR pro Tag	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Optionale Tarifbausteine	<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) €					<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) €				
monatlicher Gesamtbeitrag	€					€				
Beitragsbefreiung ab Pflegegrad (erfolgt ab zweitkleinstem versicherten Pflegegrad)	<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Hinweise	Es müssen mindestens die Pflegegrade 4 und 5 versichert werden. Das Pflegetagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 darf das versicherte Pflegetagegeld für den jeweils nächst höheren Pflegegrad nicht überschreiten. Abschließbar sind für die Pflegetagegelder das Vielfache von 5 EUR, die Mindestabsicherung beträgt 10 EUR Pflegetagegeld. Bei einer Einmalleistung ist das Vielfache von 500 EUR (bis max. 5.000 EUR) ab Pflegegrad 3 abschließbar (sofern versichert).									

Versicherungsnehmer

Datum

Besondere Vereinbarungen

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, sofern die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Zahlungsweise

Zahlungsweise (bei Allianz und R+V nur monatliche Zahlungsweise möglich) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Steuer-Identifikationsnummer

Nur relevant für Krankenversicherung

VN

Mit der Übermittlung der Daten an die Finanzbehörden bin ich einverstanden. ja nein

Person 1

Person 2

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)

Siehe auch Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge auf Seite 6 dieses Antrags.

Beratungsdokumentation

erstellt und ausgehändigt nicht erstellt, da Antragsteller durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Beratung bzw. auf deren Dokumentation verzichtet hat

Empfangsbestätigung

Empfangsbestätigung: Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; (bei AXA und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und nur bei HanseMerkur: Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person; bei Württembergische: Zusätzlich Individuelle Vertragsinformationen) und weitere Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG), das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten (für HALLESCHER: Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung) sowie die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

(nur bei HanseMerkur)

Druckstücknummer/Tarif und Stand:

Den Empfang der genannten Unterlagen bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers, der gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen

Erklärungen und Hinweise

Erklärungen zum Beginn des Versicherungsschutzes: Sofern der von mir beantragte Versicherungs-/Tarifbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsrecht), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz bedingungsgemäß vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor Ablauf der ggf. geltenden Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

Schlussklärung:

Die im Antrag gemachten Angaben und gestellten Fragen wurden nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bei den geforderten Angaben und gestellten Fragen im Antrag handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers.

Dieser Antrag besteht aus den Seiten 1 bis 8 sowie dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen. Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vollständigen „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“ auf Seite 6 und 7 (nebenstehend in den Einwilligungstatbeständen dargestellt), die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ und die „Widerrufsbelehrung“ auf der Seite 7 sowie die weiteren auf Seite 8 abgedruckten „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“.

Die Hinweise und Erklärungen werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein, bzw. gebe ich zu folgenden Sachverhalten die umseitigen Erklärungen ab.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer; 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten; 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht; 2.2 Erklärung für den Fall des Todes; 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers; 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung; 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen); 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen; 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler; 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf Seite 6

Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Ferner willige ich in die „Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge“, die „Erklärung zur Nutzung der Steueridentifikationsnummer des Antragstellers“, die „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“ sowie in die „Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Serviceleistungen betreffend“ ein (siehe Seiten 6 und 7).

Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich die auf den nächsten Seiten abgedruckten und von mir mit meiner Unterschrift abgegebenen Erklärungen zur Kenntnis genommen habe. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Unterschrift(en) Antrag

X

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Unterschrift (Vermittler)

Unterschrift des Antragsvermittlers

Unterschrift(en) Datenschutz

X

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Vermittlernummer (intern)

Vor- und Zuname des Antragsvermittlers (in Blockschrift)

Vermittelt durch

insuro Maklerservice GmbH

Bonner Str. 271
50968 Köln

Telefon (0221) 430 966-0

E-Mail info@insuro.de

Telefax (0221) 430 966-22

Internet www.insuro.de

Geschäftsführer: Jan Dinner, Melissa Knie

Sitz der Gesellschaft: Köln

Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 76589

Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Köln unter Reg.-Nr. D-JHQW-EKXCM-66

blau direkt GmbH & Co. KG

Kaninchenborn 31
23560 Lübeck

Telefon (0451) 87 20 11 51

E-Mail info@blaudirekt.de

Telefax (0451) 87 20 12 51

Internet www.blaudirekt.de

Geschäftsführung: blau direkt GmbH

Geschäftsführung GmbH: Lars Drückhammer, Oliver Pradetto

Sitz der Gesellschaft: Lübeck

Handelsregister: Amtsgericht Lübeck HRA 3826

Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Lübeck unter Reg.-Nr. D-VSBU-3SFV4-96

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

zum Antrag vom

Ich ermächtige die angekreuzten Zahlungsempfänger, Zahlungen (*Für die Allianz gilt: Insbesondere auch für Zinsen, Gebühren*) für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen (*für die AXA gilt: Sofern gewünscht, kann dieses Mandat für weitere Verträge des Zahlungspflichtigen im Hause der AXA genutzt werden*). Zugleich **weise ich** mein Geldinstitut **an**, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens fünf (*bei BK und UKV drei, bei Continentale, SIGNAL IDUNA und Würzburger einen*) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

Versicherungsnehmer (VN)

Wichtig: Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname (bzw. Firma)

Kontoinhaber

Name, Vorname (bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- Kontoinhaber ist gleichzeitig Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller
 Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller
Als abweichender Beitragszahler bestätige ich als Kontoinhaber, die Datenschutzhinweise des Versicherers erhalten zu haben.

Bankverbindung

Geldinstitut

IBAN

BIC

(nicht erforderlich bei Geldinstituten mit Ländercode DE)

Zahlungsweise

Zahlungsweise (*bei Allianz nur monatliche Zahlungsweise möglich*) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlungsempfänger

Bitte zutreffende Gesellschaft ankreuzen (*bei Beantragung mehrerer Gesellschaften müssen jeweils einzelne SEPA-Mandate ausgestellt werden*).

Zahlungsempfänger und Gläubiger-Identifikationsnummer

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
DE40ZZZ00000063851

ARAG Krankenversicherungs-AG
DE70ZZZ00000009476

AXA Konzern AG
DE23ZZZ00000066097

Barmenia Krankenversicherung a. G.
DE82ZZZ00000010327

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK000000156985

Continentale Krankenversicherung a. G.
DE95ZZZ00000053646

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
DE95ZZZ00000012130

Gothaer Krankenversicherung AG
DE52ZZZ00000070522

HALLESCHE Krankenversicherungs a. G.
DE89ZZZ00000031444

HanseMercur Versicherungen (GbR) zugunsten der HanseMercur Krankenversicherung AG
DE74ZZZ00000066149

INTER Krankenversicherung AG
DE84ZZZ00001899172

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
DE76ZZZ00000035752

NÜRNBERGER Krankenversicherungs AG
DE14ZZZ00000057335

R+V Krankenversicherung AG
DE1500800000136566

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
DE81ZZZ00000103174

Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

uniVersa Lebensversicherung a. G. im Namen und auf Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a. G.
DE16ZZZ00000102598

Württembergische Krankenversicherung AG
DE81ZZZ00000052734

vigo Krankenversicherung VVaG
DE19ZZZ00000294410

Die Adresse des jeweiligen Zahlungsempfängers entnehmen Sie der Seite 8 des Antrages.

Unterschrift Kontoinhaber

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab Gültigkeitsbeginn:

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12 – Zusatzblatt

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	



Klick auf das Icon führt zurück zu den Detailfragen (Seite 3)

Nur bei

AXA ActiveMe

Für AXA ActiveMe verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-Mail <input style="width: 90%;" type="text"/>
Identifikation für unsere Portale <input type="checkbox"/> Personalausweis (deutsch) <input type="checkbox"/> Reisepass (deutsch) <input type="checkbox"/> Sonstiges (für Ausweisnummer ausländischer Kunden)	Digitale Kommunikation: Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.
Ausweisnummer <input style="width: 90%;" type="text"/>	Gültig bis (Tag/Monat/Jahr) <input style="width: 90%;" type="text"/>
Ausstellende Behörde <input style="width: 90%;" type="text"/>	

Unterschrift(en)

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, unterschrieben werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en)