

Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

An die
ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung V.V.a.G.
Postfach 1363

49362 Vechta



Anschrift

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung V.V.a.G.
Moorgärten 12-14 · 49377 Vechta · Postfach 1363 · 49362 Vechta
Telefon: 0 44 41/9 05-0 · Telefax: 0 44 41/9 05-4 70
E-Mail: info@alte-oldenburger.de · Internet: www.alte-oldenburger.de

Bankverbindungen

Landessparkasse zu Oldenburg, Zw. Vechta
(BLZ 280 501 00) Konto-Nr. 070-412 440
Volksbank Vechta eG, Vechta
(BLZ 280 641 79) Konto-Nr. 100 109 400

Vorstand

Friedrich Schmücker, Vorsitzender
Georg Hake

Aufsichtsrat

Dr. jur. Joseph Schweer
Regierungspräsident a.D.
Oldenburg, Vorsitzender

Registriergericht

Vechta B 129

<input type="checkbox"/> Neuantrag		<input type="checkbox"/> Änderungsantrag		<input type="checkbox"/> ARK-E Auslandsreise-Krankenversicherung <input type="checkbox"/> ARK-F			
Titel, Vor- und Zuname des Antragstellers				Geburtsdatum		verheiratet ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Beruf			Branche			selbständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Straße		Nr.		Telefon-Nr. (dienstlich)		Telefon-Nr. (privat)	
PLZ		Wohnort		Telefon-Nr. (mobil)		E-Mail	
Versicherungs-Nummer: _____							
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch oder welche? _____ (nur bei Abschluß ARK-E / ARK-F)							

Ich beantrage den Abschluß eines Kranken-/Pflegepflichtversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen:

Zu versichernde Personen																		
Pers.	Geburtsdatum												Geschl. m/w	Derzeitige berufliche Tätigkeit? →	seit wann?	Körpergröße	Gew. (kg)	Vers.-Beginn
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr						
1																		
2																		
3																		

Tarifbezeichnung und Monatsbeitrag															
Pers.	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Tarif	EUR	Zuschlag gem. §12 Abs.4a VAG
1															
2															
3															
Monatlicher Gesamtbeitrag / EUR															

Für alle Tarife				
			ja	nein
Besteht, bestand eine gesetzliche Krankenversicherung?				
Besteht, bestand eine private Krankenversicherung oder wurde sie beantragt?				
Besteht Anspruch auf Beihilfe?				

Nur für Krankentagegeldtarife				
			ja	nein
Besteht / bestand Anspruch auf Kranken(tage)geld-Vers. bei gesetzl. / priv. Krankenvers. o. wurde sie beantragt?				
Bei Selbständigen und Freiberuflern: Sind Sie Mitglied der Berufsgenossenschaft?				
Bei Selbständigen und Freiberuflern: Wieviele Mitarbeiter beschäftigen Sie? _____			Selbständig/freiberuflich seit? _____	
Wie hoch ist Ihr Ø Nettoeinkommen pro Jahr? _____				
Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?				
Person 1 _____ Tage/ _____ Wochen		Person 2 _____ Tage/ _____ Wochen		

Bankverbindung des Antragstellers				
			ja	nein
Beiträge können vom Bankkonto abgerufen werden				
Meine Bankverbindung lautet: _____			BLZ und Kto.-Nr. _____	

Wartezeiterlaß
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> Ich beantrage durch Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes Erlaß der Wartezeiten für die Krankheitskostentarife. Die Kosten dieser Untersuchung übernehme ich. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung ohne Erlaß der Wartezeiten.

Ergänzende Angaben zur Pflegepflichtversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)
Wo bestand am 01. 01. 1995 die Pflegepflichtversicherung? GKV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein PKV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (der Nachweis über die genauen Versicherungszeiten wird nachgereicht!)
Bei folgender Person weicht der Beschäftigungsort vom o.a. Wohnort ab: Pers.-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern
<input type="checkbox"/> Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes/der Kinder _____ (Pers.-Nr.) sind gegeben (s. Antragsrückseite).
<input type="checkbox"/> Bei dem/den alleinversicherten Kind/Kindern ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegeversicherung versichert:
Name des Elternteils: _____ Unternehmen der privaten Krankenversicherung: _____
Beitragslimitierung für Ehegatten
<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte (Vor- und Zuname) _____ ist seit dem _____ beim Unternehmen der privaten Krankenversicherung (Name der Gesellschaft) _____ pflegepflichtversichert und zahlt hierfür einen Beitrag von z.Zt. EUR _____.
<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte hat keine Einkünfte <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte hat monatliche Gesamteinkünfte in Höhe von EUR _____.
<input type="checkbox"/> Meine monatlichen Gesamteinkünfte betragen EUR _____ (falls Limitierung auf den Ehegattenhöchstbeitrag beantragt wird).

Erläuterungen und Erklärungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen, die mir bei Antragstellung ausgehändigt werden, erkenne ich an.

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Mir ist bekannt, daß ich gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden angeben muß. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls Leistungen verweigern. Der Vermittler berät Sie beim Abschluß des Vertrages. Er ist zur Entgegennahme mündlicher Erklärungen und Angaben nicht bevollmächtigt, und zwar weder vor noch nach Vertragsschluß. Sämtliche Erklärungen und Angaben sind daher schriftlich niederzulegen. Dies gilt auch, wenn Erklärungen und Angaben dem Vermittler gegenüber, bereits bevor Sie diese Klausel gelesen haben, gesprächsweise geäußert wurden. Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz!

Anzeigepflicht bis zur Annahme des Antrages

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – soweit eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, daß der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, daß der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifes / der beantragten Tarife nichts anderes vorsehen – für die Dauer von 3 Versicherungsjahren fest geschlossen wird und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beitragsentwicklung im Alter

Die Krankheitskosten sind im allgemeinen stark altersabhängig. Z.B. fallen für einen 70jährigen Mann im Vergleich zu einem 40jährigen durchschnittlich etwa 6fach höhere Krankenhauskosten an. Das sich mit dem Alter erhöhende Krankheitsrisiko ist jedoch bei der Kalkulation schon berücksichtigt. Ab Beginn des Versicherungsvertrages wird mit einem Teil des Beitrages eine sogenannte Alterungsrückstellung gebildet. Mit dieser Alterungsrückstellung werden die Mehrbelastungen im Alter ohne Beitragserhöhung aufgefangen. Was die Alterungsrückstellung aber nicht ausgleichen kann, sind die nicht altersbedingten allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, wie sie z.B. der medizinische Fortschritt in Diagnose und Therapie mit sich bringt. Steigen die Kosten der Heilbehandlung, müssen auch die Beiträge steigen.

Maßnahmen zur Beitragsermäßigung im Alter

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde bestimmt, daß in der substitutiven Krankheitskostenversicherung spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der jährlichen gezillerten Bruttoprämie zu erheben und zur Prämienermäßigung im Alter zu verwenden ist.

Zusätzlich hat das Versicherungsunternehmen den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben. Die Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

Die Beträge werden ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien verwendet, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge werden mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung eingesetzt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen den brancheneinheitlichen Standardtarif ST nach § 257 Abs. 2a SGB V mit einem der GKV vergleichbaren Leistungsversprechen abzuschließen. Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil erbracht.

Der Standardtarif ST garantiert dem aufnahme- und versicherungsfähigen Privatversicherten, daß er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muß als den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten zahlen unter bestimmten Voraussetzungen insgesamt höchstens 150 v.H. dieses Höchstbeitrags. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil.

Nähere Informationen zum Standardtarif enthält eine Informationsbroschüre des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., die wir auf Wunsch gerne zur Verfügung stellen.

Rückkehrmöglichkeit in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Wir weisen darauf hin, daß eine Rückkehr in die Gesetzliche Krankenversicherung, insbesondere im fortgeschrittenen Alter, in der Regel ausgeschlossen

ist. Bitte beachten Sie hierzu auch das Informationsblatt des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und / oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ferner ein, daß der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungs-Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, daß der Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an seine Vertreter weitergibt. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

- Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie
- a) nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
 - b) nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
 - c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
 - d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
 - e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

Nebenabreden

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

Zuständige Aufsichtsbehörde

Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterliegt die 'ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung V.V.a.G.' der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn. Mir ist bekannt, daß ich mich bei Meinungsverschiedenheiten schriftlich an diese Aufsichtsbehörde wenden kann.