

Antrag auf Krankenversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen

Versicherungsträger:

DBV-Winterthur Krankenversicherung
Aktiengesellschaft
Sitz Wiesbaden
(AG Wiesbaden – 21 HRB 10120 –)
Zentraldirektion
Frankfurter Straße 50
65172 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Dr. Knud Teichmann,
Vorstand:
Dr. Frank Keuper (Vors.), Wolfgang Hanssmann,
Hans-Joachim Krauß, Thomas Leicht,
Anette Rosenzweig, Dr. Andreas Schaaf,
Dr. Jan Martin Wicke, Dr. Paul Verhoeven (stv.)

Ansprechpartner für Antragsbearbeitung:

Antrag auf Krankenversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen

A Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)	Telefon tagsüber	
	PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz)	Telefax tagsüber	
	Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)	Nationalität	
	Arbeitgeber/Dienstherr (Name, PLZ, Ort)		
	<input type="checkbox"/> Selbständiger seit	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter

Bei Abschluss einer Krankentagegeldversicherung Ich bestätige, dass die Höhe des beantragten Krankentagegeldes – zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern – das versicherbare Einkommen* aus meiner beruflichen Tätigkeit nicht übersteigt.
 Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfalle (*Siehe Rückseite)

1. Person:	Gefahrenklasse*	2. Person:	Gefahrenklasse*
_____ Wochen	_____	_____ Wochen	_____

B Art, Umfang der Versicherung Ich beantrage den Abschluss von Krankenversicherungsverträgen für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.
Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, der mit dem Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines erfolgt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Beginn. Mir ist bewusst, dass neben der Ergänzungsversicherung nach Tarif Premium/030/033/035 die Tarife 300/301 und/oder 540 nicht bestehen können. Das gleichzeitige Bestehen einer Reisekrankenversicherung nach Tarif 028 (RKD) und 021 (RKJ) mit der Ergänzungsversicherung Premium/030/033 ist ebenfalls nicht möglich. Entsprechende Tarife werden daher mit dem Beginn des Tarifes Premium/030/033/035 aufgehoben.

Versicherungsbeginn:

1. Person:	Name, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	2. Person:	Name, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum	Beruf (derzeitige Tätigkeit)/Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Beruf (derzeitige Tätigkeit)/Dienstbezeichnung

Tarif Kennziffer/Stufen	Monatlicher Tarifbeitrag EUR	Risiko-/Berufszuschlag EUR	Tarif Kennziffer/Stufen	Monatlicher Tarifbeitrag EUR	Risiko-/Berufszuschlag EUR
Ergänzungsversicherung			Ergänzungsversicherung		
<input type="checkbox"/> Tarif Premium			<input type="checkbox"/> Tarif Premium		
<input type="checkbox"/> Tarif 030			<input type="checkbox"/> Tarif 030		
<input type="checkbox"/> Tarif 033			<input type="checkbox"/> Tarif 033		
<input type="checkbox"/> Tarif 035			<input type="checkbox"/> Tarif 035		
<input type="checkbox"/> Krankentagegeld-Versicherung Tarif 806E EUR pro Tag			<input type="checkbox"/> Krankentagegeld-Versicherung Tarif 806E EUR pro Tag		
<input type="checkbox"/> Zusatzvers. f. Ein- oder Zweibettzimmer Tarif Komfort			<input type="checkbox"/> Zusatzvers. f. Ein- oder Zweibettzimmer Tarif Komfort		
<input type="checkbox"/> Kurkosten-Vers. Tarif 350E EUR pro Tag			<input type="checkbox"/> Kurkosten-Vers. Tarif 350E EUR pro Tag		
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld-Versicherung Tarif KHTE EUR pro Tag			<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld-Versicherung Tarif KHTE EUR pro Tag		
<input type="checkbox"/> Pfl egetagegeld-Versicherung Tarif PTG DYN EUR pro Tag			<input type="checkbox"/> Pfl egetagegeld-Versicherung Tarif PTG DYN EUR pro Tag		
<input type="checkbox"/> Auslands-Reisekrankenversicherung Tarif RKJ Jahresbeitrag EUR _____			<input type="checkbox"/> Auslands-Reisekrankenversicherung Tarif RKJ Jahresbeitrag EUR _____		
In der Familienversicherung mitversicherte Personen:					
Name _____ Geburtsdatum _____			Name _____ Geburtsdatum _____		
Name _____ Geburtsdatum _____			Name _____ Geburtsdatum _____		

Monatlicher Gesamtbeitrag _____

Interne Angaben

KGR _____	GD/VD _____	Vermittler-Nr. 1 _____	Vermittler-Nr. 2 _____	Motiv _____	VK _____
GSG _____	ZUW _____	Fremdvermittler-Nr. _____	Externe Vertragsreferenz 1 _____	Externe Vertragsreferenz 2 _____	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> OD					
<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> AF					

Seite 1 Name, Vorname _____

DOK 100587

C Einzugsermächtigung Einbehalt

Beitragszahlung

Name, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers/Beitragszahlers, wenn abweichend vom Antragsteller

Konto-/Personal-Nr./Empfänger-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle

Beitragszahlungsweise

monatlich 1/4 jährlich 1/2 jährlich jährlich

(Beitragsrate mindestens 5,- EUR)

Leistungen aus diesem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen, sofern uns kein anderes Konto bekannt gegeben wird.

D 1. Person:

Andere Kranken-/Pflegeversicherungen

Krankenversicherung bei von bis

2. Person:

Krankenversicherung bei von bis

Art und Umfang der Versicherung

Art und Umfang der Versicherung

Höhe: Krankentagegeld EUR

Höhe: Krankenhaustagegeld EUR

Höhe: Krankentagegeld EUR

Höhe: Krankenhaustagegeld EUR

Pflegeversicherung bei von bis

Pflegeversicherung bei von bis

Höhe: Tagegeld EUR

Höhe: Tagegeld EUR

1. Person:

2. Person:

Gesundheitsangaben

E Die Gesundheitsfragen sind für alle zu versichernden Personen zu beantworten. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind die weitergehenden Angaben unter Nennung der zu versichernden Person auf einem besonderen Blatt als Anlage zu diesem Antrag vorzunehmen.

Gesondertes Blatt ja nein

ja nein

Wird der Tarif 033 alleine beantragt, dann müssen nur die Gesundheitsfragen 8 bis 11 beantwortet werden.

1. Körpergröße/Körpergewicht

cm

kg

cm

kg

2. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen, Gebrechen, Gesundheitsstörungen oder sonstige Beschwerden, oder sind Sie durch Ärzte oder andere Heilbehandler (z. B. Heilpraktiker) untersucht, beobachtet, beraten, operiert oder behandelt worden?

ja nein Welche/Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)

ja nein Welche/Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)

3. Sind Sie in den letzten 6 Jahren in Krankenhäusern, Heilstätten oder Sanatorien behandelt, untersucht, beobachtet oder operiert worden?

ja nein Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

ja nein Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

4. Wurde in den letzten 10 Jahren eine Psychotherapie oder eine Behandlung wegen einer Sucht- oder Krebserkrankung durchgeführt oder wurde jemals eine HIV Infektion (z. B. durch einen Aids-Test) festgestellt?

ja nein Wann/Weshalb?

Maßnahmen?

Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

ja nein Wann/Weshalb?

Maßnahmen?

Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

5. Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Kuren oder Beobachtungen durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler vorgesehen oder angeraten?

ja nein Welche/Diagnose?

Maßnahmen?

Wann?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

ja nein Welche/Diagnose?

Maßnahmen?

Wann?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

DOK 100587

DOK 100587

1. Person:

2. Person:

E Gesundheitsangaben

6. Besteht eine anerkannte gesundheitliche Schädigung (z. B. durch Wehrdienst-, (Arbeits-) Unfall, Berufskrankheit usw.) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit?
 ja nein
 Diagnose? _____
 Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beifügen.

7. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
 ja nein In welcher Woche? _____
 ja nein In welcher Woche? _____

8. Besteht eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit?
 ja nein
 Diagnose (z. B. Kurzsichtigkeit)? _____
 Dioptrien: links _____ rechts _____
 Dioptrien: links _____ rechts _____
Die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit kann in der Regel im Tarif 030 gegen Zahlung eines 25 %igen Zuschlages und im Tarif 033 gegen Zahlung eines 40 %igen Zuschlages mitversichert werden. Mit der Zahlung eines Beitragszuschlages von 25 % bzw. 40 % erkläre ich mich einverstanden.

9. Wer ist Ihr zuletzt behandelnder Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde?
 Name/Anschrift der(s) Behandler(s) _____
 Name/Anschrift der(s) Behandler(s) _____

10a. Befinden Sie sich z. Zt. in zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche angedacht/beabsichtigt (ggf. Kostenvoranschlag beifügen)? Nicht anzugeben ist reine Zahnvorsorge.
 ja nein
 Behandlungsart? _____
 Name/Anschrift der(s) Behandler(s) _____
 Name/Anschrift der(s) Behandler(s) _____

10b. Fehlen derzeit Zähne im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind (keine Weisheitszähne oder Milchzähne) und/oder gibt es schadhafte/sanierungsbedürftige Zähne? (Wenn ja, diese Zähne bitte im Zahnschema ankreuzen.)
 ja nein

Ihr Oberkiefer links							Ihr Oberkiefer rechts							Ihr Oberkiefer links							Ihr Oberkiefer rechts						
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17	27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
Ihr Unterkiefer links							Ihr Unterkiefer rechts							Ihr Unterkiefer links							Ihr Unterkiefer rechts						

Achtung: Zähne sind auch schadhaf oder sanierungsbedürftig, wenn Füllungen, Inlays, Onlays, Kronen, Implantate usw. defekt und/oder Zähne nur provisorisch versorgt sind.

Für die im Zahnschema angekreuzten Zähne bleiben der Ersatz einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

11. Bestehen Zahnbetterkrankungen (Parodontose, Parodontitis usw.) Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?
 ja nein
 Welche? _____
 Welche? _____

F **Wichtige Hinweise** Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungsklausel

nach dem Bundesdatenschutzgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil des Antrages bzw. des Vertrages.

Widerrufs- und Widerspruchsrecht Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte,

Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Strasse 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Datum/Unterschrift

Ort, Datum _____
Eigenhändige Unterschrift Antragsteller* _____

Vermittler _____
Unterschrift 2. Person ab vollendetem 16. Lebensjahr _____

*für Minderjährige muss der gesetzliche Vertreter unterschreiben

Günstige Beiträge für Sie.

Monatsbeitrag in EUR

Eintrittsalter	Tarif 030		Tarif 033		Tarif 035		Tarif Premium		Tarif Komfort		Tarif 350		Tarif KHTE		Tarif 806E ¹⁾		Tarif PTG DYN	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-15	2,72	2,72	1,59	1,59	2,46	2,46	10,71	10,71	4,82	4,82	0,05	0,05	0,54 ³⁾	0,54 ³⁾	-	-	0,76	0,76
16-20	2,72	2,72	1,89	2,23	2,46	2,46	10,71	10,71	6,88	9,17	0,05	0,05	0,76 ⁴⁾	0,83 ⁴⁾	-	-	0,76	0,76
21	5,31	8,63	3,31	4,81	7,08	11,40	20,53	25,41	20,93	26,64	0,14	0,26	1,87	2,34	1,80	2,41	2,37	4,28
22	5,43	8,77	3,38	4,88	7,15	11,54	20,87	25,73	21,59	27,37	0,15	0,27	1,95	2,40	1,88	2,50	2,45	4,42
23	5,55	8,92	3,44	4,97	7,23	11,68	21,23	26,08	22,30	28,14	0,15	0,28	2,02	2,46	1,96	2,60	2,54	4,57
24	5,68	9,08	3,51	5,05	7,32	11,84	21,59	26,43	23,04	28,93	0,16	0,28	2,10	2,52	2,04	2,72	2,63	4,72
25	5,81	9,24	3,58	5,13	7,40	11,99	21,96	26,78	23,82	29,66	0,16	0,29	2,18	2,58	2,13	2,83	2,73	4,88
26	5,94	9,39	3,66	5,21	7,48	12,13	22,32	27,12	24,63	30,34	0,17	0,30	2,26	2,63	2,21	2,94	2,83	5,04
27	6,07	9,55	3,74	5,31	7,57	12,27	22,66	27,48	25,48	30,95	0,17	0,31	2,34	2,68	2,30	3,05	2,94	5,21
28	6,19	9,70	3,82	5,40	7,65	12,41	23,01	27,81	26,37	31,50	0,18	0,32	2,41	2,73	2,40	3,16	3,05	5,39
29	6,32	9,85	3,91	5,49	7,73	12,54	23,34	28,16	27,29	32,01	0,19	0,33	2,50	2,78	2,49	3,28	3,17	5,58
30	6,44	10,00	4,00	5,58	7,82	12,67	23,67	28,49	28,25	32,51	0,20	0,34	2,58	2,83	2,59	3,40	3,30	5,78
31	6,56	10,14	4,09	5,68	7,90	12,79	23,99	28,81	29,25	33,00	0,20	0,35	2,67	2,88	2,69	3,52	3,43	5,99
32	6,68	10,29	4,18	5,79	7,98	12,91	24,31	29,14	30,27	33,49	0,21	0,36	2,75	2,94	2,80	3,65	3,57	6,20
33	6,79	10,43	4,27	5,89	8,06	13,03	24,62	29,46	31,32	33,98	0,22	0,37	2,84	3,00	2,90	3,78	3,72	6,44
34	6,91	10,58	4,37	6,00	8,13	13,15	24,92	29,78	32,43	34,48	0,23	0,39	2,93	3,06	3,02	3,91	3,87	6,68
35	7,02	10,72	4,47	6,12	8,21	13,26	25,22	30,10	33,56	35,04	0,24	0,40	3,03	3,13	3,14	4,06	4,04	6,94
36	7,13	10,86	4,57	6,23	8,28	13,37	25,52	30,42	34,73	35,68	0,25	0,42	3,13	3,21	3,27	4,21	4,21	7,21
37	7,24	10,99	4,66	6,35	8,36	13,49	25,81	30,73	35,95	36,44	0,26	0,43	3,23	3,28	3,41	4,37	4,39	7,50
38	7,34	11,13	4,77	6,46	8,43	13,61	26,10	31,03	37,21	37,26	0,27	0,45	3,33	3,36	3,55	4,54	4,58	7,80
39	7,45	11,26	4,87	6,59	8,51	13,74	26,39	31,34	38,51	38,20	0,28	0,46	3,43	3,45	3,71	4,72	4,78	8,12
40	7,55	11,40	4,97	6,70	8,58	13,86	26,68	31,65	39,85	39,18	0,29	0,48	3,54	3,55	3,87	4,90	5,00	8,47
41	7,66	11,53	5,06	6,81	8,66	14,00	26,96	31,96	41,23	40,22	0,30	0,50	3,66	3,64	4,04	5,10	5,23	8,83
42	7,76	11,66	5,16	6,91	8,74	14,14	27,25	32,26	42,65	41,32	0,31	0,51	3,77	3,75	4,23	5,31	5,47	9,21
43	7,86	11,79	5,25	7,00	8,81	14,29	27,52	32,55	44,11	42,49	0,33	0,53	3,89	3,85	4,43	5,52	5,72	9,62
44	7,96	11,92	5,34	7,08	8,90	14,45	27,81	32,85	45,64	43,71	0,34	0,55	4,01	3,96	4,65	5,76	6,00	10,06
45	8,06	12,05	5,43	7,16	8,97	14,61	28,09	33,15	47,21	44,96	0,36	0,58	4,14	4,08	4,88	5,99	6,29	10,51
46	8,16	12,17	5,50	7,23	9,06	14,77	28,36	33,43	48,86	46,22	0,37	0,60	4,27	4,20	5,11	6,22	6,60	11,00
47	8,26	12,30	5,57	7,29	9,14	14,93	28,64	33,73	50,57	47,54	0,38	0,62	4,40	4,33	5,36	6,45	6,93	11,53
48	8,36	12,42	5,63	7,34	9,22	15,08	28,92	34,02	52,36	48,90	0,40	0,64	4,54	4,46	5,62	6,69	7,29	12,08
49	8,45	12,54	5,67	7,39	9,31	15,24	29,18	34,31	54,22	50,27	0,42	0,66	4,68	4,60	5,90	6,92	7,67	12,68
50	8,55	12,67	5,72	7,43	9,39	15,39	29,45	34,60	56,15	51,68	0,43	0,69	4,83	4,74	6,18	7,16	8,08	13,31
51	8,65	12,79	5,76	7,47	9,47	15,54	29,73	34,89	58,16	53,15	0,45	0,71	4,98	4,89			8,51	13,99
52	8,74	12,91	5,79	7,51	9,56	15,69	30,01	35,18	60,27	54,64	0,47	0,73	5,14	5,04			8,99	14,71
53	8,83	13,04	5,83	7,55	9,64	15,84	30,28	35,46	62,46	56,18	0,49	0,75	5,30	5,20			9,49	15,49
54	8,93	13,15	5,86	7,59	9,71	15,97	30,53	35,75	64,75	57,79	0,50	0,78	5,47	5,36			10,04	16,33
55	9,02	13,28	5,90	7,62	9,79	16,11	30,81	36,03	67,09	59,40	0,52	0,80	5,64	5,52			10,63	17,22
56	9,11	13,40	5,93	7,65	9,86	16,24	31,09	36,33	69,49	61,07	0,54	0,82	5,81	5,69			11,26	18,19
57	9,20	13,51	5,96	7,69	9,93	16,37	31,36	36,61	71,94	62,78	0,56	0,84	5,99	5,87	Höchst- eintrittsalter 50 Jahre		11,95	19,23
58	9,30	13,63	5,99	7,72	9,96	16,49	31,63	36,89	74,46	64,53	0,57	0,86	6,18	6,04			12,69	20,35
59	9,39	13,75	6,02	7,75	9,96	16,54	31,90	37,17	77,06	66,34	0,59	0,87	6,37	6,23			13,50	21,57
60	9,48	13,87	6,05	7,79	9,98	16,59	32,18	37,44	79,72	68,21	0,61	0,89	6,56	6,42			14,38	22,89
61	9,57	13,99	6,08	7,82	9,98	16,60	32,44	37,73	82,47	70,11	0,62	0,91	6,76	6,61			15,33	24,31
62	9,66	14,11	6,12	7,86	9,98	16,62	32,72	38,03	85,28	72,10	0,64	0,92	6,97	6,80			16,37	25,87
63	9,75	14,22	6,15	7,90	9,98	16,63	32,99	38,30	88,19	74,16	0,65	0,93	7,18	7,00			17,48	27,56
64	9,84	14,34	6,18	7,94	9,98	16,65	33,26	38,58	91,21	76,30	0,66	0,93	7,40	7,21			18,71	29,42
65	9,93	14,46	6,21	7,98	9,98	16,67	33,54	38,88	94,21	78,43	0,67	0,94	7,62	7,42			20,03	31,44

¹⁾ Bitte die Gefahrenklassenzuschläge beachten.

²⁾ 10 Stufen = 10,- EUR

³⁾ Eintrittsalter 0 - 14

⁴⁾ Eintrittsalter 15 - 20

Beiträge für Personen in Schul-, Berufs- oder Hochschulausbildung

Eintrittsalter	Tarif 030 A		Tarif 033 A		Tarif 035 A		Tarif 350 EA		Tarif KHTE	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
bis 20	-	-	-	-	-	-	-	-	0,72	0,79
21 - 25	2,78	5,25	1,74	2,60	4,66	7,12	0,02	0,07	0,50	0,60
26 - 30	3,50	6,12	1,83	2,78	4,97	8,07	0,02	0,07	0,50	0,60
31 - 34	4,17	7,00	2,01	2,96	5,47	9,02	0,03	0,07	0,50	0,60

Jährlicher Tarifbeitrag in EUR

Tarif RKJ	
Auslandsreise-Krankenversicherung	
Einzelperson	Familie ⁵⁾
9,12	17,76

⁵⁾ Antragsteller, Ehegatte und minderjährige Kinder, die mit dem Antragsteller in häuslicher Gemeinschaft leben. Bitte den Familienbeitrag im Antrag nur bei einer Person eintragen.

Als Eintrittsalter

gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Zuschlag für Gefahrenklasse in EUR

Tarif 806E			
Gefahrenklasse	1	2	3
Zuschlag je 10 Stufen	0,-	2,-	4,-

Schlussfolgerungen der antragstellenden und der zu versichernden Person(en):

Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)	Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformationen nach § 10a VAG. Diese	werden Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt; auf Wunsch können sie auch schon bei Antragstellung ausgehändigt werden.	
Annahmefrist	Für die Annahme des Antrages bestimme ich eine Frist von 6 Wochen; mein Widerrufs- oder Wider-	spruchsrecht bleibt davon unberührt.	
Gesundheitsangaben	In § 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) ist folgendes geregelt: „Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.“ Die Gesundheitsfragen sind daher schriftlich zu beantworten. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des 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 ggf. die Leistungen verweigern. Falls der Antragsteller gewisse Angaben in diesem Antragsformular nicht machen	möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe Rückseite) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Vorstand schriftlich anzuzeigen.
Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz	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 e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.	Ich willige ferner ein , dass die Unternehmen der DBV-Winterthur-Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, meine allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Die Antrag stellende Person willigt ein, dass der Versicherer Auskünfte über ihre wirtschaftliche Lage	bei der Firma InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden einholt. Der Versicherer ist berechtigt, die Daten zu speichern und kann den Antrag annehmen oder ablehnen. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein , dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. 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.
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 Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung 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 an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtenbindung 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.
Information über Tarife mit Zahnleistungen	Mir ist bekannt , dass der Austausch eines vorhandenen herausnehmbaren Zahnersatzes (auch bei provisorischer Versorgung) gegen festsitzenden Zahnersatz oder Implantate nicht unter den Versicherungsschutz fällt. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige	Reparaturen eines herausnehmbaren Zahnersatzes oder den Austausch eines nicht mehr funktionsfähigen herausnehmbaren Zahnersatzes. Zudem bin ich darüber informiert, dass bei erstmaliger Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes für	Zahnersatzleistungen ein Befundbericht des behandelnden Zahnarztes über den Zustand des Gebisses vom Versicherer eingeholt wird. Die Kosten des Befundberichtes trägt der Versicherer.
Versicherbares Einkommen in der Krankentagegeldversicherung	Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern ist maximal versicherbar: • für Arbeiter/Angestellte: Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-,	Renten- und Pflegeversicherung (Krankheitskostenvollversicherung); Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (Zusatzversicherung)	<ul style="list-style-type: none"> • für Selbstständige/Freiberufler: Bruttoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit • für selbstständige Ärzte/Zahnärzte: 60 % der Praxeieinnahmen.
Gefahrenklasseneinteilung	Die Berufszuschläge ergeben sich aufgrund folgender Gefahrenklasseneinteilung: Es gehören zur Gefahrenklasse 1 Personen mit kaufmännischer, unterrichtender oder verwaltender Berufstätigkeit im Innendienst sowie Personen mit rein aufsichtsführender oder leitender Berufstätigkeit;	2 Personen mit Außendiensttätigkeit oder mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, sofern nicht Gefahrenklasse 3 in Frage kommt; 3 Personen mit besonders gefahrerhöhender Berufstätigkeit (z. B. arbeitend oder mitarbeitend auf Dächern, Gerüsten, Kähnen, in Metzgereien), ferner Berufskraft- oder Taxifahrer, Fahrlehrer sowie Personen, die ein Restaurations- oder Beherbergungsgewerbe ausüben.	Übt eine Person eine zu mehreren Gefahrenklassen gehörende Berufstätigkeit aus, ist für die Einstufung die Berufstätigkeit maßgebend, die überwiegend – also mehr als 50 % – ausgeübt wird. In besonderen Fällen und für nicht aufgeführte Berufstätigkeiten wird der Berufszuschlag vom Vorstand des Versicherers festgelegt.
Zweitschrift des Antrages	Eine Durchschrift des Antrages habe ich erhalten.		
Allgemeine Hinweise	Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Vertragssprache ist deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt. Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de	Die Anschrift des Ombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen uner-	wünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar. Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/einem Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.
Versicherungsträger	DBV-Winterthur Krankenversicherung Aktiengesellschaft Sitz Wiesbaden (AG Wiesbaden – 21 HRB 10120 –) Zentraldirektion Frankfurter Straße 50 65172 Wiesbaden	Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Knud Teichmann	Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.), Wolfgang Hanssmann, Hans-Joachim Krauß, Thomas Leicht, Anette Rosenzweig, Dr. Andreas Schaaß, Dr. Jan Martin Wicke, Dr. Paul Verhoeven (stv.)

DOK 100587