

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 Ich beantrage den Abschluss von Krankenversicherungsverträgen für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.
Art, Umfang der Versicherung 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

ja nein Welche/Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Name/Anschrift der(s) Behandler(s)

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?

ja nein Weshalb/Diagnose?

Maßnahmen?

Maßnahmen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

Behandlungszeitraum? Befund/Folgen?

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

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?

ja nein Wann/Weshalb?

Maßnahmen?

Maßnahmen?

Befund/Folgen?

Befund/Folgen?

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

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?

ja nein Welche/Diagnose?

Maßnahmen?

Maßnahmen?

Wann?

Wann?

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

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? _____

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) _____

10a. Befinden Sie sich z. Zt. in zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche angedacht/beabsichtigt (ggf. Kostenvoranschlag beifügen)? Nicht anzugeben ist reine Zahn-Vorsorge. ja nein
Behandlungsart? _____
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 schadhafte 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? _____

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 _____ Vermittler _____
Eigenhändige Unterschrift Antragsteller* _____ 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 |

Als Eintrittsalter

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

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.

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