

# Krankenversicherung und Pflegeversicherung

---

Dok 100587

# Antrag

**Versicherungsträger:**  
**DBV-Winterthur Krankenversicherung**  
**Aktiengesellschaft**  
Zentraldirektion:  
Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden,  
Telefon: 018 03-20 21 50 (9 ct/Minute)

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.),

Sitz: Wiesbaden (AG WI – 21 HRB 10120 –)

Ansprechpartner für Antragsbearbeitung



# Antrag auf Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Neuantrag  Änderung

**Angaben zum Vertrag** Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde ? falls ja: Versicherungsnummer  
 ja, selbst  ja, andere Haushaltsmitglieder  nein

**A Antragsteller/Versicherungsnehmer**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Derzeit ausgeübte Tätigkeit (Beruf) \_\_\_\_\_ Genaue Tätigkeitsbeschreibung \_\_\_\_\_

Privatwirtschaft  Öffentlicher Dienst  Selbstständiger  Arbeiter/Angestellter  Beamter

**B Beitragszahlung**

Zahlungsweise/Beitragsabruf  monatlich  halbjährlich  vierteljährlich  jährlich

Einzugsermächtigung  Einbehalt

Ich bin damit einverstanden, dass alle Versicherungen in das Lastschriftverfahren übernommen werden.  
 Ja  Nein

Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers/Beitragszahlers (Anschrift falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Beitragszahler (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_

Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-/Personal-/Empfänger-Nr. \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ Leistungen aus diesem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen, sofern uns kein anderes Konto bekannt gegeben wird.

**C Zu versichernde Personen**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	1. Person			2. Person		
	Geb.-Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Familienstand	Geb.-Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)						
PLZ/Ort (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)						
Falls die Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes abweicht vom 1. Wohnsitz bzw. vom 1. Wohnsitz des Antragstellers/Versichernehmers, bitte diese Adresse auf einem gesonderten Blatt angeben.						
Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter			<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter		
Ausbildungsende bei Vereinbarung von besonderen Bedingungen während Ausbildungszeiten	Monat	Jahr		Monat	Jahr	
Nur zu beantworten, wenn Beihilfeanspruch besteht	Beihilfestatus*)	Beihilfavorschrift**)		Beihilfestatus*)	Beihilfavorschrift**)	
	Beihilfestatus*)	B=Beihilfeberechtigter, V=Versorgungsempfänger, E=berücksichtigungsfähiger Ehegatte, K=berücksichtigungsfähiges Kind, H=freie Heilfürsorge, B2=Beihilfeberechtigter/2 Kinder, bei Baden-Württemberg: BA=alleinstehender Beihilfeber., VA=alleinstehender Versorgungsempfänger,			AZ=Angestellter mit Zuschuss, AZ2=Ang. mit Zuschuss/2 Kinder, A=Angestellter ohne Zuschuss, A2=Ang. o. Zuschuss/2 Kinder, EAZ=Ehegatte eines Angestellten mit Zuschuss, EA=Ehegatte eines Angestellten ohne Zuschuss, KAZ=Kind eines Angestellten mit Zuschuss, KA=Kind eines Angestellten ohne Zuschuss	
Beihilfavorschrift**)	Bund? Land (SchlH., HH, HB, Nds, Bln, NW, Hess, RhLPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?					
Für wie viele Personen besteht Anspruch auf Beihilfe?	____ (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)			____ (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)		
Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen	Monat	Jahr		Monat	Jahr	

**Umstellungs-Service-Tarifgruppe B und VISION B**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungsservice können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.

ja  nein  ja  nein

**Interne Angaben**

KGR \_\_\_\_\_ GD/VD \_\_\_\_\_ Vermittlernummer 1 \_\_\_\_\_ Vermittlernummer 2 \_\_\_\_\_ Motiv \_\_\_\_\_ VK \_\_\_\_\_

GSG \_\_\_\_\_ ZUV \_\_\_\_\_ Fremdvermittlernummer \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 1 \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 2 \_\_\_\_\_

PV  AF  OD  GM

Seite 1 Name, Vorname \_\_\_\_\_

Dok 100587

830421 05.2006

Durchschrift für den Antragsteller

# Antrag auf Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Neuantrag  Änderung

## Angaben zum Vertrag

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde ? falls ja: Versicherungsnummer

ja, selbst  nein  
 ja, andere Haushaltsmitglieder

## A Antragsteller/Versicherungsnehmer

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) Geburtsdatum Geschlecht  
 m  w

Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) Familienstand  
Telefon-Nr.

PLZ Ort (1. Wohnsitz) Telefax

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Nationalität

Derzeit ausgeübte Tätigkeit (Beruf) Genaue Tätigkeitsbeschreibung

Privatwirtschaft  Öffentlicher Dienst  Selbstständiger  Arbeiter/Angestellter  Beamter

## B Beitragszahlung

Zahlungsweise/Beitragsabruf Ich bin damit einverstanden, dass alle Versicherungen in das Lastschriftverfahren übernommen werden.  
 monatlich  vierteljährlich  jährlich  Ja  Nein  
 halbjährlich

Einzugsermächtigung  Einbehalt

Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers/Beitragszahlers (Anschrift falls nicht Antragsteller) Geburtsdatum Beitragszahler (falls nicht Antragsteller)

Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle Bankleitzahl Konto-/Personal-/Empfänger-Nr.

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) Leistungen aus diesem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen, sofern uns kein anderes Konto bekannt gegeben wird.

## C Zu versichernde Personen

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) 1. Person 2. Person

Geb.-Datum Geschlecht Familienstand Geb.-Datum Geschlecht Familienstand  
 m  w  m  w

Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)

PLZ/Ort (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)

Falls die Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes abweicht vom 1. Wohnsitz bzw. vom 1. Wohnsitz des Antragstellers/Versichernehmers, bitte diese Adresse auf einem gesonderten Blatt angeben.

Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung

Privatwirtschaft  Öffentlicher Dienst  Privatwirtschaft  Öffentlicher Dienst  
 Selbstständiger  Arbeiter/Angestellter  Selbstständiger  Arbeiter/Angestellter  
 Beamter  Beamter

Ausbildungsende bei Vereinbarung von Besonderen Bedingungen während Ausbildungszeiten Monat Jahr Monat Jahr

Nur zu beantworten, wenn Beihilfeanspruch besteht

Beihilfestatus\*) Beihilfavorschrift\*\*) Beihilfestatus\*) Beihilfavorschrift\*\*)

Beihilfestatus\*) B=Beihilfeberechtigter, V=Versorgungsempfänger, E=berücksichtigungsfähiger Ehegatte, K=berücksichtigungsfähiges Kind, H=freie Heilfürsorge, B2=Beihilfeberechtigter/2 Kinder, bei Baden-Württemberg: BA=alleinstehender Beihilfeber., VA=alleinstehender Versorgungsempfänger, AZ=Angestellter mit Zuschuss, AZ2=Ang. mit Zuschuss/2 Kinder, A=Angestellter ohne Zuschuss, A2=Ang. o. Zuschuss/2 Kinder, EAZ=Ehegatte eines Angestellten mit Zuschuss, EA=Ehegatte eines Angestellten ohne Zuschuss, KAZ=Kind eines Angestellten mit Zuschuss, KA=Kind eines Angestellten ohne Zuschuss

Beihilfavorschrift\*\*) Bund? Land (SchlH., HH, HB, Nds, Bln, NW, Hess, RhLPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?

Für wie viele Personen besteht Anspruch auf Beihilfe? (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)

Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat Jahr Monat Jahr

## Umstellungs-Service-Tarifgruppe B und VISION B

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungsservice können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.  
 ja  nein  ja  nein

## Interne Angaben

KGR GD/VD Vermittlernummer 1 Vermittlernummer 2 Motiv VK  
GSG ZUV Fremdvermittlernummer Externe Vertragsreferenz 1 Externe Vertragsreferenz 2  
 PV  AF  
 OD  GM

Seite 1 Name, Vorname

Dok 100587

830421 05.2006

Durchschrift für den Außendienst

# Antrag auf Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Neuantrag  Änderung

## Angaben zum Vertrag

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde ? falls ja: Versicherungsnummer  
 ja, selbst  nein  
 ja, andere Haushaltsmitglieder

## A Antragsteller/Versicherungsnehmer

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Derzeit ausgeübte Tätigkeit (Beruf) \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Genauere Tätigkeitsbeschreibung \_\_\_\_\_  
 Privatwirtschaft  Öffentlicher Dienst  Selbstständiger  Arbeiter/Angestellter  Beamter

## B Beitragszahlung

Zahlungsweise/Beitragsabruf  monatlich  halbjährlich  vierteljährlich  jährlich  
 Einzugsermächtigung  Einbehalt

Ich bin damit einverstanden, dass alle Versicherungen in das Lastschriftverfahren übernommen werden.  
 Ja  Nein

Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers/Beitragszahlers (Anschrift falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Beitragszahler (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-/Personal-/Empfänger-Nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ Leistungen aus diesem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen, sofern uns kein anderes Konto bekannt gegeben wird.

## C Zu versichernde Personen

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	1. Person			2. Person		
	Geb.-Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Familienstand	Geb.-Datum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Familienstand
_____ Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)	_____ PLZ/Ort (1. Wohnsitz, wenn abweichend vom Antragsteller/Vers.-nehmer)	_____ Falls die Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes abweicht vom 1. Wohnsitz bzw. vom 1. Wohnsitz des Antragstellers/Versichernehmers, bitte diese Adresse auf einem gesonderten Blatt angeben.	_____ Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung	_____ Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung	_____ Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung	_____ Beruf/Dienstbezeichnung/ genaue Tätigkeitsbeschreibung
	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter				
Ausbildungsende bei Vereinbarung von besonderen Bedingungen während Ausbildungszeiten	Monat	Jahr	Monat	Jahr		
Nur zu beantworten, wenn Beihilfeanspruch besteht	Beihilfestatus*)	Beihilfavorschrift**)	Beihilfestatus*)	Beihilfavorschrift**)		
Beihilfestatus*)	B=Beihilfberechtigter, V=Versorgungsempfänger, E=berücksichtigungsfähiger Ehegatte, K=berücksichtigungsfähiges Kind, H=freie Heilfürsorge, B2=Beihilfberechtigter/2 Kinder, bei Baden-Württemberg: BA=alleinstehender Beihilfeber., VA=alleinstehender Versorgungsempfänger,			AZ=Angestellter mit Zuschuss, AZ2=Ang. mit Zuschuss/2 Kinder, A=Angestellter ohne Zuschuss, A2=Ang. o. Zuschuss/2 Kinder, EAZ=Ehegatte eines Angestellten mit Zuschuss, EA=Ehegatte eines Angestellten ohne Zuschuss, KAZ=Kind eines Angestellten mit Zuschuss, KA=Kind eines Angestellten ohne Zuschuss		
Beihilfavorschrift**)	Bund? Land (SchlH., HH, HB, Nds, Bln, NW, Hess, RhLPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?					
Für wie viele Personen besteht Anspruch auf Beihilfe?	____ (Beihilfberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)			____ (Beihilfberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)		
Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen	Monat	Jahr	Monat	Jahr		

## Umstellungs-Service-Tarifgruppe B und VISION B

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungsservice können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.  
 ja  nein  ja  nein

## Interne Angaben

KGR \_\_\_\_\_ GD/VD \_\_\_\_\_ Vermittlernummer 1 \_\_\_\_\_ Vermittlernummer 2 \_\_\_\_\_ Motiv \_\_\_\_\_ VK \_\_\_\_\_  
GSG \_\_\_\_\_ ZUW \_\_\_\_\_ Fremdvermittlernummer \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 1 \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 2 \_\_\_\_\_  
 PV  AF  OD  GM \_\_\_\_\_

Seite 1 Name, Vorname \_\_\_\_\_

Dok 100587

830421 05.2006

		1. Person			2. Person		
		Vorname			Vorname		
D Vorversicherung oder bestehende bzw. abgelehnte Versicherungen (auch Probeantrag)		wo?	von/bis oder abgelehnt?	Tagegeldhöhe in EUR/Versicherungsart	wo?	von/bis oder abgelehnt?	Tagegeldhöhe in EUR/Versicherungsart
Krankheitskostenvollversicherung (GKV, PKV, freie Heilfürsorge)							
Zusatzversicherung (z.B. ambulant, 2-Bett-Zimmer, Privatarzt, Zahnzusatz)							
Krankenhaustagegeld							
Krankentagegeld							
Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente)							
E Art, Umfang der Versicherung		Tarif	Beginn	mtl. Tarifbeitrag EUR	Tarif	Beginn	mtl. Tarifbeitrag EUR
Ich beantrage den Abschluss bzw. die Veränderung eines/des Krankenversicherungsvertrages nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Vertrages, der mit Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines erfolgt.							
Unter „Tarif“ ist auch die Stufe, die Höhe des Tagegeldes bzw. die mtl. Beitragsermäßigung anzugeben.							
Monatlicher Gesamtbeitrag							
Entfallende Tarife							
F Fragen und Erklärung zur Krankentagegeldversicherung		1. Ich bestätige, dass die Höhe des beantragten Krankentagegeldes – zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern – das versicherbare Einkommen* aus meiner beruflichen Tätigkeit nicht übersteigt.					
Nur zu beantworten, wenn eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird.		2. Besteht Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall? Wenn ja, für wieviel Wochen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wochen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Angaben für Selbstständige und Freiberufler		3. Gefahrenklasse:			Wochen		
		4. Selbstständig seit:					
		5. Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift					
		6. Anzahl der Mitarbeiter					
G Fragen zur Pflegepflichtversicherung		1. Mein Beschäftigungsort liegt in den			1. Mein Beschäftigungsort liegt in den		
Nur zu beantworten, wenn eine Pflegepflichtversicherung beantragt wird.		<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern			<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern		
		2. Meine monatlichen Einkünfte liegen			2. Meine monatlichen Einkünfte liegen		
		<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*			<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*		
		3. Bei welchem Unternehmen/welcher Pflegekasse waren Sie bisher pflegeversichert? (Bitte alle Pflegeversicherungen ab 01.01.1995 angeben und Bescheinigung(en) der privaten Pflegepflichtversicherung(en) vorlegen)			3. Bei welchem Unternehmen/welcher Pflegekasse waren Sie bisher pflegeversichert? (Bitte alle Pflegeversicherungen ab 01.01.1995 angeben und Bescheinigung(en) der privaten Pflegepflichtversicherung(en) vorlegen)		
		von _____ bis _____			von _____ bis _____		
		Unternehmen _____			Unternehmen _____		
		von _____ bis _____			von _____ bis _____		
		Unternehmen _____			Unternehmen _____		
Nur zu beantworten, wenn die zu versichernde Person ein Kind ist.		1. Ich bin/mein Kind ist hauptberuflich selbstständig erwerbstätig			1. Ich bin/mein Kind ist hauptberuflich selbstständig erwerbstätig		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		2. Ich habe/mein Kind hat Einkünfte			2. Ich habe/mein Kind hat Einkünfte		
		<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*			<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*		
		3. Ich befinde mich/mein Kind befindet sich in Schul- oder Berufsausbildung oder leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr.			3. Ich befinde mich/mein Kind befindet sich in Schul- oder Berufsausbildung oder leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr.		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bescheinigung ist vorzulegen)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bescheinigung ist vorzulegen)		
		4. Ich habe/mein Kind hat die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst aufgeschoben oder unterbrochen.			4. Ich habe/mein Kind hat die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst aufgeschoben oder unterbrochen.		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		von _____ bis _____			von _____ bis _____		
		5. Ich leiste/mein Kind leistet derzeit Wehrdienst/Zivildienst.			5. Ich leiste/mein Kind leistet derzeit Wehrdienst/Zivildienst.		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		Dauer bis _____			Dauer bis _____		
Nur zu beantworten, wenn Ihr Ehegatte bei einem anderen privaten Vers.-Unternehmen pflegepflichtversichert ist.		1. Name des Ehegatten:			1. Name des Ehegatten:		
		2. Versicherungsunternehmen:			2. Versicherungsunternehmen:		
		3. Das Einkommen des Ehegatten liegt			3. Das Einkommen des Ehegatten liegt		
		<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*			<input type="checkbox"/> über <input type="checkbox"/> unter der Einkommensgrenze*		

Dok 100587

**H Gesundheitsangaben**

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. Bitte verwenden Sie hierfür die Persönliche Erklärung Krankenversicherung. Gesondertes Blatt:  ja  nein

Dok 100587

1. Körpergröße/-gewicht	cm	kg	cm	kg
2. Besteht eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diagnose? (z.B. Kurzsichtigkeit)	Dioptrien: rechts links	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diagnose? (z.B. Kurzsichtigkeit)	Dioptrien: rechts links
3. 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche/Weshalb/Diagnose? Maßnahmen? Behandlungszeitraum? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche/Weshalb/Diagnose? Maßnahmen? Behandlungszeitraum? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)	
4. Sind Sie in den letzten 6 Jahren in Krankenhäusern, Heilstätten oder Sanatorien behandelt, untersucht, beobachtet oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb/Diagnose? Maßnahmen? Behandlungszeitraum? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb/Diagnose? Maßnahmen? Behandlungszeitraum? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses	
5. 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb/Wann? Maßnahmen? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb/Wann? Maßnahmen? Befund/Folgen? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses	
6. Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Kuren oder Beobachtungen durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche Diagnose? Maßnahmen? Wann? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche Diagnose? Maßnahmen? Wann? Name/Anschrift/Fachrichtung der(s) Behandler(s)/Krankenhauses	
7. Besteht eine anerkannte gesundheitliche Schädigung (z.B. durch Wehrdienst-, (Arbeits-) Unfall, Berufskrankheit usw.) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diagnose? (Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beifügen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diagnose?	
8. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In welcher Woche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In welcher Woche?	
9. Wer ist Ihr zuletzt behandelnder Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde?	Name/Anschrift des Behandler(s) Wann war die letzte Untersuchung/Behandlung?		Name/Anschrift des Behandler(s) Wann war die letzte Untersuchung/Behandlung?	
10a. Befinden Sie sich z.Z. in zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche angeraten/beabsichtigt (ggf. Kostenvorschlag beifügen)? Nicht anzugeben ist reine Zahn-Vorsorge.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandlungsart Name/Anschrift der(s) Behandler(s)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Ist eine oder sind beide Fragen mit „ja“ beantwortet, bitte Persönliche Erklärung Zahnschäden ausfüllen.</b> <b>Achtung:</b> Zähne sind auch schadhaft oder sanierungsbedürftig, wenn Füllungen, Inlays, Onlays, Kronen Implantate usw. defekt und/oder Zähne nur provisorisch versorgt sind.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Besteht eine Zahnbettlerkrankung (Parodontose, Parodontitis usw.), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?	

**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, die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und die zusätzliche Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung für Tarif Vision. 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. 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, 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. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail:info@dbv-winterthur.de.

Ort, Datum	Vermittler
Eigenhändige Unterschrift Antragsteller	Eigenhändige Unterschrift der mitzuversichernden Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr:
	Für Minderjährige muss der gesetzliche Vertreter unterzeichnen:

# Schlusserklärungen der Antrag stellenden und der zu versichernden Person(en):

Dok 100587

<b>Allgemeine Hinweise und Erklärungen</b>	<p>Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Vertragssprache ist deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.</p> <p>Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Grauhindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de.</p>	<p>Die Anschrift des Ombudsmanns für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Info@pkv-ombudsmann.de.</p> <p>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.</p>	<p>Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.</p>
<b>Annahmefrist</b>	<p><b>Für die Annahme des Antrages bestimme ich eine Frist von 6 Wochen; mein Widerrufs-</b></p>	<p><b>oder Widerspruchsrecht bleibt davon unberührt.</b></p>	
<b>Gesundheitsangaben</b>	<p>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 ge-</p>	<p>stellten 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</p>	<p>er diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe Deckblatt) 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 umgehend schriftlich anzuzeigen.</p>
<b>Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz</b>	<p>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 an andere Versicherer übermittelt.</p> <p>Diese Einwilligung gilt, auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.</p>	<p>Ich willige ferner ein, dass die Versicherer 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 Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Antragsannahme und Vertragsgestaltung erforderlich ist. Die Antrag stellende Person willigt ein, dass der Versicherungsträger Auskunft über ihre wirtschaftliche Lage bei der Firma InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden einholt. Der Ver-</p>	<p>sicherer 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.</p> <p>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.</p>
<b>Entbindung von der Schweigepflicht</b>	<p>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 ermächtigte 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.</p>	<p>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 Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.</p> <p>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</p>	<p>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 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.</p> <p>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.</p>
<b>Zusätzliche Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung für Tarif Vision</b>	<p>Mit dem beantragten Versicherungsschutz erhalten Sie neben der Kostenerstattung in vereinbarter Höhe auch den verbindlichen Anspruch auf einen umfassenden medizinischen Service. Diesen gewährleistet der medizinische Dienst der DBV-Winterthur-Gruppe. Hierzu zählt unser medizinisches ExpertCenter, das mit einer Vielzahl von Gutachtern und ärztlichen Spezialisten sowie weiteren Beratungsunternehmen rund um die medizinische Betreuung zusammenarbeitet. Die Weitergabe von medizinischen Informationen erfolgt ausschließlich zur Erfüllung tariflich zugesagter Serviceleistungen. Für den Tarif Vision geben Sie zusätzlich die beiden nachfolgenden Erklärungen ab.</p>	<p><b>Datenschutzeinwilligungserklärung:</b> Mir ist bekannt, dass die DBV-Winterthur-Gruppe meine Vertrags- und Leistungsdaten an ihr medizinisches Expert-Center weitergibt. Dieses kann im Rahmen der vertraglich vereinbarten medizinischen Serviceleistungen die Daten in einer Datensammlung verwalten und bei Bedarf die Daten zu nicht personenbezogenen, statistischen Auswertungen verwenden. Ferner willige ich ein, dass im Einzelfall medizinische Daten an beratende und begutachtende Ärzte sowie sonstige Personen und Institute weitergegeben werden, die im Auftrag der DBV-Winterthur-Gruppe die medizinischen Serviceleistungen erbringen.</p>	<p><b>Schweigepflichtentbindungserklärung:</b> In Zusammenhang mit der von mir in Anspruch genommenen Serviceleistung befreie ich meine behandelnden Ärzte, Zahnärzte und sonstigen Heilbehandler auch gegenüber den Mitarbeitern des medizinischen Call-Center der DBV-Winterthur Gruppe und den von diesen beauftragten und begutachtenden Ärzten von der Schweigepflicht.</p>
<b>Information über Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in den Tarifen BZ, BN, EVK, BSB, 03B, VISION, 54, 030, 033, 035 und FUTURA</b>	<p>Mir ist bekannt, dass der Austausch eines vorhandenen herausnehmbaren Zahnersatzes (auch bei provisorischer Versorgung) gegen feststehenden Zahnersatz oder Implantate nicht unter den Versicherungsschutz fällt. Dies gilt nicht für medi-</p>	<p>zisch notwendige Reparaturen eines herausnehmbaren Zahnersatzes oder den Austausch eines nicht mehr funktionstüchtigen herausnehmbaren Zahnersatzes. Zudem bin ich darüber informiert, dass bei erstmaliger Inanspruchnahme</p>	<p>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.</p>
<b>Information zu den Tarifen VISION 1-3 und VISION B</b>	<p>Ich bin darüber informiert worden, dass ich für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Behandlungen vor Behandlungsbeginn einen <b>Heil- und Kostenplan</b> zur Prüfung und Genehmigung <b>einreichen muss</b>. Ansonsten</p>	<p>erhalte ich nur die <b>halben Tarifleistungen</b>. <b>Ausnahme Tarif Vision 3:</b> Fehlt der Heil- und Kostenplan und sind die vorgenannten Behandlungen unfallbedingt, beträgt die tarifliche Leistung <b>25 %</b> des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.</p>
<b>Versicherbares Einkommen in der Krankentagegeldversicherung</b>	<p>Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>für Arbeiter/Angestellte: Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (Krankheitskostenvollversicherung)</li> </ul>	<p>Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (Zusatzversicherung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>für Selbstständige/Freiberufler: Bruttoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit</li> <li>für selbstständige Ärzte/Zahnärzte: 60% der Praxiseinnahmen</li> </ul>
<b>Gefahrenklassen (nur für Versicherungen nach dem Krankentagegeldtarif 8 + 06)</b>	<p><b>Gefahrenklasse 1</b> Personen mit kaufmännischer, unterrichtender oder verwaltender Berufstätigkeit im Innendienst sowie Personen mit rein aufsichtsführender oder leitender Berufstätigkeit.</p> <p><b>Gefahrenklasse 2</b> Personen mit Außendiensttätigkeit oder mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, sofern nicht Gefahrenklasse 3 in Frage kommt.</p>	<p><b>Gefahrenklasse 3</b> 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 Ein-</p>	<p>stufung 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.</p>
<b>Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)</b>	<p>Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformationen nach §10a VAG. Diese wer-</p>	<p>den Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt; auf Wunsch können sie auch schon bei Antragstellung ausgehändigt werden.</p>	
<b>Zweitschrift des Antrages</b>	<p>Eine Durchschrift des Antrages habe ich erhalten.</p>		

<b>Einkommensgrenze Pflegepflicht versicherung</b>	Eine Einkommensgrenze (2006) von 350,00 EUR gilt in den alten und neuen Bundesländern. Maßgeblich für die Zuordnung ist für Berufstätige der Beschäftigungsort, sonst (z.B. für Rentner und Pensionäre) der Wohnort. Ab 01. 04. 2003 gibt es zwei Einkommensgrenzen: Für Einkünfte aus geringfügigen Beschäftigungen gemäß § 8 Abs. 1 SGB IV beträgt die Einkommensgrenze 400,00 EUR.	Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG). Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten und der Sparer-Freibetrag.	Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z.B. Zinszahlungen. Im übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z.B.: Mutterchaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.
<b>Tarifangebot in der Kranken- versicherung für</b>	Nicht krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer mit AG-Zuschuss (Privatwirtschaft und öffentlicher Dienst) Selbständige, Freiberufler und Tierärzte	Krankheitskosten-Vollversicherung Krankentagegeld-Versicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Kurskostenversicherung Pflegetagegeld-Versicherung Pflegepflichtversicherung Existenzgründer	Tarif VISION 1-3 Tarifgruppen 140–145, 341–344, 540–544 Tarifgruppen 802E–852E Tarifgruppen 062E–063E Tarif KHTE Tarif 350E Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV VISION Start
	Beamte und nicht krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst (BAT-West), soweit ohne Arbeitgeberzuschuss	Krankheitskosten-Vollversicherung Krankentagegeld-Versicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Pflegetagegeld-Versicherung Pflegepflichtversicherung Kurskostenversicherung	Tarif VISION B Tarifgruppen B inkl. BN Tarifgruppe 806E-852E Tarif KHTE Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV Tarif 350E
	Ärzte Medizinstudenten im praktischen Jahr	Krankheitskosten-Vollversicherung Krankheitskosten-Vollversicherung	Tarif VISION Med Tarifgruppen 110-113, 311-314, 540-544 Tarifgruppen 110A-113A, 311A-314A, 540A-544A
	Zahnärzte	Berufseinsteiger Krankheitskosten-Spezialversicherung Krankentagegeld-Versicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Kurskostenversicherung Pflegetagegeldversicherung Pflegepflichtversicherung	FUTURA, winMedPlus, winDentPlus Tarifgruppen 150-154, 540-544 Tarifgruppen 900E–906E, 904E (nur für Ärzte) Tarif KHTE Tarif 350E Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV
	Personen mit freier Heilfürsorge (Soldaten, Bundespolizei, Polizei)	Anwartschaftsversicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Pflegetagegeld-Versicherung Pflegepflichtversicherung Ergänzungsversicherung zur GKV Kurskostenversicherung	Tarif AWW Tarif KHTE Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV Tarife 030, 033, 035 und PREMIUM Tarif 350E
	KVB-Mitglieder	Restkostenversicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Pflegetagegeld-Versicherung	Tarif EVK Tarif KHTE Tarife PTG DYN und PTG 3
	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	Ergänzungsversicherung zur GKV Stationäre Zusatzversicherung Zahnersatz-Zusatzversicherung Krankentagegeld-Versicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Kurskostenversicherung Pflegetagegeld-Versicherung Berufseinsteiger	Tarife 030, 033, 035 und PREMIUM Tarif KOMFORT Tarif DENT Tarifgruppen 806E–852E Tarif KHTE Tarif 350E Tarife PTG DYN und PTG 3 FUTURA
	Spezial-Angebot für Personen in den neuen Bundesländern	Krankheitskosten-Versicherung (Basistarife) Krankentagegeld-Versicherung Krankenhaustagegeld-Versicherung Kurskostenversicherung Pflegetagegeld-Versicherung Pflegepflichtversicherung	Tarife 038 (BSS) und 039 (BSZ) Tarifgruppen 802E–852E Tarifgruppen 062E–063E Tarif KHTE Tarif 350E Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV
	Spezial-Angebot für Beamte in den neuen Bundesländern	Krankheitskosten-Versicherung (Basistarife) Krankenhaustagegeld-Versicherung Kurskostenversicherung Pflegetagegeld-Versicherung Pflegepflichtversicherung	Tarife BSB und BZB Tarif KHTE Tarif 350E Tarife PTG DYN und PTG 3 Tarif PV