

# Antrag zum Abschluss einer Ergänzungs-/Zusatzversicherung zur GKV

## Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr  Frau

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ständiger Wohnort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
 jetzige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_  
 Arbeitnehmer  selbstständig  
 tagsüber telefonisch erreichbar \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte weiterhin schriftlich und telefonisch Informationen über das Dienstleistungsangebot der Unternehmensgruppe Deutscher Ring erhalten.  ja  nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei Beantragung eines ausschließlichen Zahnersatzschutzes sind nur die Zahnfragen zu beantworten.**

## Beitragszahlung

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen. Vers.-Leistungen werden auf dieses Konto überwiesen.

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_ Zahlungsweise (Mindestrate 15 Euro)  
 mtl.  1/4 j.  1/2 j.  1/1 j.

Ich beantrage für die nachstehend aufgef. Personen den Abschluss einer Krankenversicherung nach den bezeichneten Tarifen. Zur Laufzeit s. Ziff. 1 der Verbraucherinfo auf der Rückseite.

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 0 1 | K |

## Zu versichernde Personen

**1. Person** Vorname (und Familienname, falls anders als VN) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w Staatsangeh. \_\_\_\_\_ Jetzige Berufstätig./Branche \_\_\_\_\_ Selbstständig Ja  Nein   
**2. Person** \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  m  w \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>med 50</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>med 100</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>dent 50</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>dent 100</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>dent +</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>clinic +</b> Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>Tarif H</b> Höhe KHT EUR _____ Mon.-Beitrag EUR _____	<input type="checkbox"/> <b>Tarif pro 043</b> Höhe KT EUR _____ Mon.-Beitrag EUR _____
1. Pers. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Pers. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Abschluss für den *praxis +* in Höhe von 3,- EUR monatlich  1. Person  2. Person

Abschluss für den *futura z* in Höhe von 3,- EUR monatlich  1. Person  2. Person

**Bei Beantragung eines ausschließlichen Zahnersatzschutzes sind nur die Zahnfragen zu beantworten.**

## Angaben zum Gesundheitszustand

	1. Person	2. Person
1. Größe und Gewicht	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2. a) Findet <b>zurzeit</b> eine Behandlung statt oder <b>bestehen</b> Gesundheitsstörungen. Beschwerden, Unfallfolgen oder körperliche/organische Fehler?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Werden Arzneimittel genommen/angewendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation <b>angeraten</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Besteht Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ . Woche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ . Woche
f) Bestanden in den letzten <b>3 Jahren</b> Gesundheitsstörungen oder Beschwerden bzw. haben ambulante Behandlungen, Operationen oder Kontrollen durch Ärzte oder sonstige Behandler stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Haben in den letzten <b>3 Jahren</b> Untersuchungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. a) Haben in den letzten <b>5 Jahren</b> Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Sind in den letzten <b>10 Jahren</b> psychische oder Suchterkrankungen aufgetreten oder fanden psychologische, psychiatrische Behandlungen bzw. Beratungen statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Sind Arbeitsunfälle, Berufsleiden, Wehrdienstbeschädigungen oder andere Schädigungsfolgen anerkannt (Kopie des Bescheides beifügen) oder wurde deren Anerkennung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen bzw. wurden diese verordnet? (Augenerkrankungen bitte bei den vorhergehenden Fragen angeben) Dioptrien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein rechts links _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein rechts links _____

## Zahnfragen (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 6 Jahre):

6. a) Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Datum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 b) Findet **zurzeit** eine zahnärztliche Behandlung statt oder ist eine **angeraten**? (z. B. Parodontosebehandlung, Kieferorthopädie, Zahnersatz, Austausch von provisorischem Zahnersatz etc.)  
 ja  nein Anz. fehlender Zähne \_\_\_\_\_ Anz. ersetzter Zähne \_\_\_\_\_  ja  nein Anz. fehlender Zähne \_\_\_\_\_ Anz. ersetzter Zähne \_\_\_\_\_  
 c) **Fehlen Zähne** – außer den Weisheitszähnen – und/oder sind **Zähne seit mehr als 5 Jahren ersetzt**? (Zahnersatz sind Brücken, Kronen, herausnehmbare Prothesen bzw. Implantate etc.).  
 ja  nein Anz. fehlender Zähne \_\_\_\_\_ Anz. ersetzter Zähne \_\_\_\_\_  ja  nein Anz. fehlender Zähne \_\_\_\_\_ Anz. ersetzter Zähne \_\_\_\_\_

## 7. Geben Sie bitte Einzelheiten zu den Fragen an, die mit **Ja** beantwortet wurden:

Vorname der zu versichernden Person	Frage Nr.	Art der Krankheiten, der Beschwerden, Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeiten usw.	Ärztl. Behandlungen von wann/bis wann	Namen und genaue Anschriften der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser usw.	Bestehen Folgeerscheinungen? Welche? Unfallfolgen?
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sofern der Raum nicht ausreicht, tragen Sie bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt ein und verweisen bitte auf diese Anlage. Beiblatt beigelegt?  ja

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand nachzureichen. Vorerkrankungen, Sehhilfen, fehlende oder ersetzte Zähne bzw. durchgeführte, laufende oder angeratene Zahnbehandlungen können gegebenenfalls die Vereinbarung eines Zuschlages oder eines Leistungsausschlusses erfordern.

Besteht oder bestand eine weitere gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. wurde eine solche beantragt?  ja  nein

GKV: \_\_\_\_\_ PKV: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ von – bis \_\_\_\_\_ Art der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Verbraucherinformation für den Antragsteller und die Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Die Schlussklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Die Verbraucherinformation und die Schlussklärung werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrages. Mit Abschluss des Versicherungsvertrages sind sie Vertragsbestandteile.**

Ort, Datum, Unterschrift d. Antragstellers (Vers.-Nehmer) \_\_\_\_\_ Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_ Unterschriften der zu vers. Personen über 16 J. und ges. Vertreter bei Minderjährigen \_\_\_\_\_

