

Antrag auf Abschluss oder Änderung einer Krankenversicherung

- Neuabschluss Tarifwechsel
 Nachversicherung Person Nachversicherung Tarif

zur Krankenversicherungs-Nr.
 zur Pflegeversicherungs-Nr.

Antragsteller/Versicherungsnehmer Herr Frau Firma

Nachname Geburtsdatum Kundennummer
 Vorname Familienstand Staatsangehörigkeit
 Adresszusatz jetzige Berufstätigkeit/Branche selbstständig Beamter
 Straße, Haus-Nr. Arbeitnehmer öffentlicher Dienst
 Postleitzahl Ständiger Wohnort tagsüber telefonisch erreichbar Dienstherr/Arbeitgeber
 Handy 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.

Beitragszahlung

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

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

Versicherungsbeginn/Änderungstermin

Tag Monat Jahr

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen den Abschluss einer Krankenversicherung bzw. die Änderung nach den bezeichneten Tarifen. Zur Laufzeit siehe Ziffer 1 der Verbraucherinformation auf der Rückseite.

Vorname der zu versichernden Personen	Geburtsdatum	Geschl. M/W	Staatsangehörigkeit	Berufstätigkeit/Branche	selbstständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tarif alt	Tarif neu	Tagegeld	Tarifbeitrag EUR	Zuschlag EUR	Gesamtbeitrag EUR
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Bestehende und nicht angegebene Tarife bleiben unverändert. monatlicher Gesamtbeitrag EUR

Weitere Krankenversicherungen

Bestehen, bestanden oder wurden beantragt?

Besteht Versicherungspflicht? nein ja

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	bis	GKV	gekündigt von wem?
Gesetzliche Kranken-/Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Private Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfe/Heilfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Beihilfeträger	<input type="text"/>
Private Zusatz-/Ergänzungsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PKV	<input type="text"/>
Art der Zusatzversicherung (z. B. stat., KT, KHT)						Höhe KT, KHT EUR <input type="text"/>

Ergänzende Angaben zur Selbstständigkeit

Seit wann sind Sie selbstständig? Datum
 Art der Tätigkeit: freiberuflich gewerblich Branche, ergänzende Berufsangaben
 Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG etc.? nein ja Wenn ja, besteht ein Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall? nein ja für (Anzahl Wochen)
 Wieviele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig? Anzahl
 Angaben zur Firma/Betriebsstätte Name
 Anschrift
 Eintragung beim Gewerbeamt nein ja seit Eintrag in das Handelsregister nein ja seit
 Höhe des durchschnittlichen mtl. Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate EUR mtl.

Ergänzende Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Folgende Kinder (bitte Vornamen angeben)

<input type="checkbox"/> befinden sich in Schulausbildung/- Studium (aktuellen Nachweis beilegen)	Vorname _____	Vorname _____	Mein Ehegatte (Nach- und Vorname) _____	
<input type="checkbox"/> haben keine eigenen Einkünfte	Vorname _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> hat keine eigenen Einkünfte bzw. sie liegen unter der Geringfügigkeitsgrenze Datum _____	
<input type="checkbox"/> Bei folgenden alleinversicherten Kindern ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. (Nachweis beilegen)	Vorname _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> ist seit _____ bei privates Versicherungsunternehmen _____	
			pflegepflichtversichert (Nachweis beilegen)	

Beitragsgarantie für Verheiratete

Wartezeiten

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten in der Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die dafür notwendigen Unterlagen erhalte ich vom Deutschen Ring.

Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenversicherung.

Vorname _____	Vorname _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Gesundheitszustand

	cm	cm	cm
1. Größe und Gewicht	kg	kg	kg
2. a) Findet zurzeit eine Behandlung statt oder bestehen Gesundheitsstörungen, Beschwerden, Unfallfolgen oder körperliche / organische Fehler?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation angeraten ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) Bestanden in den letzten 3 Jahren 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Haben in den letzten 3 Jahren Untersuchungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. a) Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Sind in den letzten 10 Jahren 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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein rechts links
Zahnfragen (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 6 Jahre):	Datum _____	Datum _____	Datum _____
6. a) Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Findet zurzeit eine zahnärztliche Behandlung statt oder ist eine angeraten ? (z. B. Paradontosebehandlung, Kieferorthopädie, Zahnersatz, Austausch von provisorischem Zahnersatz etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – und/oder sind Zähne seit mehr als 5 Jahren ersetzt ? (Zahnersatz sind Brücken, Kronen, herausnehmbare Prothesen bzw. Implantate etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anz. fehlender Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anz. ersetzter Zähne, älter 5 J.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anz. fehlender Zähne
		Anz. ersetzter Zähne, älter 5 J.	Anz. ersetzter Zähne, älter 5 J.

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

Wichtiger Hinweis, wenn schon bei uns krankenversichert: – Die Gesundheitsfragen 1 bis 6 sind stets zu beantworten. Werden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere Angaben unter Ziffer 7 nur dann erforderlich, wenn Einzelheiten uns noch nicht durch Einreichen von Rechnungen und/oder schriftliche Mitteilung bekannt geworden sind.

Vorname der zu versichernden Person Nr. Frage Art der Krankheiten, der Beschwerden, Ärtzl. Behandlungen 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. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand nachzuholen. Ein Hinweis auf die nachträgliche Mitteilung ist unter Ziffer 7 aufzunehmen.

Vorerkrankungen, Schwangerschaft, Sehhilfen, fehlende oder ersetzte Zähne bzw. durchgeführte, laufende oder angeratene Zahnbehandlungen können gegebenenfalls die Vereinbarung von besonderen Bedingungen (Zuschlag, Leistungseinschränkung) oder eine Ablehnung bzw. Zurückstellung erfordern.

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

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers X _____	Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter. _____
Unterschrift des Vermittlers _____	Vermittler-Nr. _____ Interner Vermerk _____

Verbraucherinformation

1. Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres bzw. für Ring-Schutz-Tarife und den Tarif *praxis* + für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Ein Wechsel des Tarifes oder der Tarifstufe hat keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, sofern der Tarif nichts anderes bestimmt.

Der Tarif Futura wird für fünf, der Tarif *futura* z wird für zehn Versicherungsjahre abgeschlossen, sie können aber zum Ende eines jeden Versicherungsjahres bedingungsgemäß gekündigt werden.

Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des folgenden Jahres, sofern der Vertrag nicht am 1. Januar eines Jahres beginnt. Abweichend davon endet für den Tarif *praxis* + das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Kalenderjahr. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.

2. Für den Versicherungsvertrag gelten die jeweiligen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen, die Leistungsbeschreibung der gewählten Tarife, die Angaben zur Beitragsentwicklung sowie die Satzung. Diese Unterlagen erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein bzw. dem Nachtrag zum Versicherungsschein.

3. Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

4. Bei jährlicher Zahlungsweise wird ein Beitragsnachlass von zur Zeit 3% gewährt.

5. Der Vermittler – Ihr Berater – und die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe Deutscher Ring werden Sie umfassend und kompetent beraten.

Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring unter der Rufnummer (040) 35 99-77 33 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit,
20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch wenden an den
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13, 10117 Berlin

oder die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

6. Der Vertrag kommt erst dann zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein/Nachtrag Ihnen zugegangen ist und Sie nicht innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Vertragsunterlagen in Textform widersprechen.

7. Mit Abschluss des Vertrages werden Sie Mitglied des Krankenversicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

8. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Mir ist bekannt, dass ich die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

2. Alle ärztlichen Behandlungen und Veränderungen im Gesundheitszustand, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, sind dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen.

3. Vom Inhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichende Vereinbarungen sind nur dann verbindlich, wenn sie vom Vorstand schriftlich bestätigt werden.

4. Im Falle der sofortigen Antragsannahme durch den Versicherer verzichtet der Versicherungsnehmer auf Überlassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsabschluss. Diese Unterlagen werden mit dem Versicherungsschein, auf Wunsch auch früher, übersandt.

5. 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 Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der INFOSCORE Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematischer Verfahren der INFORMA Unternehmensberatung GmbH, Freiburger Straße 7, 75179 Pforzheim, Telefon 01805 / 136633 € 0,12 pro Minute, bezieht.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Unternehmensgruppe Deutscher Ring 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 Versicherer der Unternehmensgruppe Deutscher Ring, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Diese Erklärungen 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.

Nur für Anträge nach dem Tarif pro

Ich erkläre, dass das beantragte/versicherte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und/oder Krankengeldern, das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende, auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragsstellung) der zu versichernden Person nicht übersteigt. Als Nettoeinkommen gilt hierbei 80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit bzw. bei Selbstständigen 80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb.

Ich erkläre ferner, dass ich eine nicht nur vorübergehende Minderung des Nettoeinkommens des Versicherten aus beruflicher Tätigkeit dem Deutschen Ring unverzüglich anzeigen werde. Das gilt sinngemäß auch bei einer Verlängerung der Fortzahlungsdauer des Entgeltes durch den Arbeitgeber im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

A	Vermittler (RD-Nr.; Werber-Nr.)		Antragskennzeichen			
	Abweichender LP-Empfänger		LP-Art			
	Abweich. Empfänger d. Anpassungsprov.		ANP-Art			
B	Abweichender Betreuer		Max.	OL		
	C	Orga	RD-Nr.	Agentur-Nr.	Provisionsatz	EUR pro Punkt