

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln

DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln · Vorstand: Günter Dibbern, Vorsitzender
Jürgen Lang · Dr. Jochen Messemer · Dr. Hans Josef Pick · Dr. Michael Thiemermann
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Lothar Meyer
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570
weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111



Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe.

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG BEITRITTSERKLÄRUNG

Antrag auf Krankenversicherung (Einzelversicherung)

Beitritt zur Gruppenversicherung

A. Angaben zum Antragsteller/Beitretenden

Form fields for applicant details: Vorname(n)/Zuname, Titel, z. Zt. ausgeübter Beruf, Geb.-Tag/Mon./Jahr*, Straße und Hausnummer, PLZ, Wohnort, Geschäfts-/Arbeitgebername, Telefon (privat)**, Telefon (geschäftl.)**, etc.

Ich wünsche eine Bescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

* wenn Beitretender bzw. Antragsteller nicht zu versichernde Person
** Angaben freiwillig

B. Angaben zu den versicherten Personen Person 1

Form fields for Person 1: Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller/Beitretenden), Straße und Hausnummer, PLZ, Wohnort, z. Zt. ausgeübter Beruf, etc.

Person 2

Form fields for Person 2: Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller/Beitretenden), Straße und Hausnummer, PLZ, Wohnort, z. Zt. ausgeübter Beruf, etc.

C. Antrag: Ich beantrage den Abschluss einer Krankheitskosten-/Service-/Krankenhaustagegeld-/Krankentagegeld-/Pflegeversicherung.

Table for insurance details (left): Columns for Beginn am, Unter-Nr., Tarif(e), Tagegeld, etc.

Table for insurance details (right): Columns for Beginn am, Unter-Nr., Tarif(e), Tagegeld, etc.

D. Beitrittserklärung: Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag mit

Leitziffer field and text: Dieser Gruppenversicherungsvertrags-Partner ist Versicherungsnehmer.

Ich beantrage die Mitversicherung des/der unter Person 2 bzw. Person 1 und 2 aufgeführten, mitversicherbaren Familienangehörigen/Lebenspartners. Die Pflegepflichtversicherung kann nur im Rahmen der Einzelversicherung (unter Punkt C.) beantragt werden. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

Table for insurance details (left): Columns for Unter-Nr., Tarif(e), Tagegeld, etc.

Table for insurance details (right): Columns for Unter-Nr., Tarif(e), Tagegeld, etc.

E. Sonstige Angaben und Fragen

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt privater* Krankenversicherungsschutz?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von – bis	Krankheitskostenversicherung	mit allgemeinen Krankenhausleistungen	Krankentagegeld-Anspruch	Krankenhaustagegeld-Anspruch	wenn ja, Höhe
1 <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	
2 <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	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt gesetzlicher Krankenversicherungsschutz?

Person	gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	freiwillig versichert	Krankengeld-Anspruch	wenn ja, Höhe
1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Gruppenversicherung: s. a. „Vorversicherung“, Seite 6

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine soziale Pflegeversicherung oder eine private Pflegepflichtversicherung (s. a. Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV, Seite 5)?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr./gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	Nachweis beigefügt?
1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i.S.d. Einkommensteuerrechts, Erläuterung s. Seite 5) bezogen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (im Jahr 2007 350 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung 400 EUR überschreitet? Person 1 nein ja Person 2 nein ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeversicherung?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von – bis	Tarif	ggf. Tagegeld-Höhe
1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

* Die Aufgabe einer bestehenden privaten Krankenversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Besteht Beihilfeanspruch?

Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?

Person	amb. %	stat. %	Beihilfenvorschriften? Bund? Welches Land?	berücksichtigungsfähige Kinder (Anzahl)	
1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an wen?
2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an wen?

Einzelversicherung:

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

Person 1 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler Person 2 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler

Person	Art der freiberuflichen Tätigkeit/ des selbstständigen Gewerbes? Seit wann?	Eintragung ins Handelsregister/ Gewerbeanmeldung Seit wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?
1				
2				

Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

Person 1 Tage/ Wochen Person 2 Tage/ Wochen

Wartezeiten Ich beantrage, auf die Wartezeiten die angegebene ununterbrochene Dauer der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf freie Heilfürsorge anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 nein ja Nachweis beigefügt wird nachgereicht Person 2 nein ja Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage, die bei folgendem privaten Krankenversicherungsunternehmen: nachweislich ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit unter den auf Seite 6 genannten Voraussetzungen auf die Wartezeit anzurechnen.

Person 1 nein ja Nachweis beigefügt wird nachgereicht Person 2 nein ja Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den auf Seite 6 genannten Voraussetzungen.

Person 1 nein ja Person 2 nein ja

Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller/den Beitretenden (s. auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt/Inhalt der Beitrittserklärung“, Seite 5 und „Vorversicherung“, Seite 6): Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht:** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Beitrittserklärung/im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung/im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Sie sind verpflichtet, alle Inanspruchnahmen von Ärzten oder anderen Heilkundigen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand, die bis zur Antragsannahme (Einzelversicherung, s. Seite 5) bzw. bis zum Beginn des Versicherungsschutzes (Gruppenversicherung, s. Seite 6) erforderlich sind bzw. eintreten, **der DKV umgehend schriftlich mitzuteilen**.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren, die der DKV durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden.

Für die nachstehend bezeichneten Tarife sind nur die dort aufgeführten Gesundheitsfragen zu beantworten. Für die Tarife OPTIMED O1G und O1P sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten.

Tarif	Gesundheitsfragen
PET, PEK, PT3, PTO	1, 4, 5, 6, 7, 9, 11
AOP	4, 6, 7, 8, 9, 10
AZS	4, 9, 10, 11

Tarif	Gesundheitsfragen
AZT, AM8	4 + Ergänzende Erklärung A1/30 (GV: G 2/30)
AM7, O1D, ZE2, ZEV	Ergänzende Erklärung A1/30 (GV: G 2/30)

Krankentagegeld-Tarife (außer Tarife TBB und TBS)	Gesundheitsfragen
ab dem 43. Tag	4, 7, 9
vor dem 43. Tag	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11

	Person 1		Person 2	
	nein ▼	ja ▼	nein ▼	ja ▼
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit / Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Größe und Gewicht	cm/kg <input type="text"/>		<input type="text"/>	

Fragen 12-14 nur beantworten, wenn Tarife mit zahnärztlichen Leistungen beantragt werden (Ausnahme: Tarife AM7, AM8, AZT, OPTIDENT O1D, ZE2 und ZEV, siehe Seite 3)

12. Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Findet zur Zeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mehr als 3 fehlenden und nicht ersetzten Zähnen ist das Formular A28 erforderlich.	Wenn ja, Anzahl <input type="text"/>		<input type="text"/>	

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-9, wenn mit „ja“ beantwortet:

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?); Höhe der Dioptrienwerte?	Behandlungen/Beschwerden von - bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/ beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen/Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

F. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft) bzw. Bemerkungen

G. Beitragszahlung

Einzelversicherung:

Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich minus 2% Skonto jährlich minus 3% Skonto abgerufen werden.

Konto für Leistungen des Versicherers und Abruf	Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)	Konto-Nr.	Bankleitzahl
	Geldinstitut	PLZ	Ort
	Vom Vermittler auszufüllen: QUITTUNG:		
<input type="checkbox"/> wie bisher	Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) mit Vor- und Zuname	Bei Antragstellung habe ich erhalten (Mehr-)Beitrag Krankenversicherung	<input type="text"/>

Der Vermittler ist – ungeachtet der gegebenenfalls erteilten Abrufermächtigung – gegen Vorlage seines Ausweises berechtigt, die erste Beitragsrate zu kassieren; als Quittung gilt die Durchschrift des Antrages. Gebühren und Nebenleistungen werden nicht erhoben.

Unterschrift des Vermittlers

Gruppenversicherung: Mir ist bekannt, dass die Beitrittserklärung nur in Verbindung mit dem Formular „Ergänzende Erklärung über den Beitragseinzug“ gültig ist, wenn laut Gruppenversicherungsvertrag ein monatlicher Abruf nicht vereinbart ist.

H. Schlusserklärungen

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag und in dieser Beitrittserklärung auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf den Seiten 5 und 6 abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht, zur Entbindung von der Schweigepflicht und zum Datenschutz) ab. Ich kann dem jeweiligen Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages/der Beitrittserklärung bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines/Versicherungsausweises, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation widersprechen. Ich bin widerruflich damit einverstanden, dass mir schriftlich und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der DKV gegeben werden. ja

Vom Vermittler auszufüllen:

Wurden zu den Fragen in diesem Antrag/in dieser Beitrittserklärung Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

nein ja

Wenn ja, welche?

Ort und Datum Unterschrift des Beitretenden/des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

Unterschrift des Vermittlers

FD DKV-Spezialist Bst.-GS KS KBEW EGNR

Vermittler-Schlüssel

Erklärungen des Antragstellers, des Beitretenden und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerspruchsrecht

Der Vertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins/des Versicherungsausweises sowie des Gruppenversicherungsvertrages in der Gruppenversicherung, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformation, die mit dem Versicherungsschein/Versicherungsausweis in Textform mitgeteilt werden, als zustande gekommen, wenn ich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail) meiner Vertragserklärung widerspreche. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs an: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin, Telefax 01 80/5 78 60 00, service@dkv.com. Auf dieses Widerspruchsrecht werde ich im Versicherungsschein/Versicherungsausweis/Nachtrag zum Versicherungsschein/Versicherungsausweis nochmals gesondert hingewiesen. Im Falle eines wirksamen Widerspruchs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Widerrufsrecht

Wird der Vertrag unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (§ 312 b Abs. 2 BGB) abgeschlossen, z. B. Brief, Telefax, E-Mail, gelten die im Absatz Widerspruchsrecht aufgeführten Rechte. **Ich willige ausdrücklich ein, dass ich die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen bezüglich der mir mitgeteilten Beiträge für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen muss, wenn der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.**

Einschränkung des Versicherungsschutzes (Tarif AZS)

Stationäre Untersuchungen oder Behandlungen im Krankenhaus, in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen und Müttergenesungskuren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung/der Abgabe dieser Beitrittserklärung bereits beabsichtigt oder angeraten sind bzw. die vom Zeitpunkt der Antragstellung/der Abgabe der Beitrittserklärung bis zum Zustandekommen des Vertrages/bis zum Beginn des Versicherungsschutzes beabsichtigt oder angeraten werden, stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt/

Inhalt der Beitrittserklärung

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich die Fragen in diesem Antrag/in dieser Beitrittserklärung nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

Vertragssprache

Vertragssprache ist deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

Aufsichtsbehörde

Etwaige Beschwerden können an die DKV AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden.

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 Krankenversicherer, 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. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer jeweils 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 veran-

lassten 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 Krankenversicherern, 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.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung

Ich willige 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 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 Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmern der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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

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.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftfee einholt.

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.

Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV

Ich reiche innerhalb von 90 Tagen – gerechnet vom Datum der Antragstellung an – einen Nachweis ein, aus dem hervorgeht, ob und für welchen Zeitraum die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer mit Bestandskonditionen geführt wurde bzw. ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung oder private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat.

Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.

Gesamteinkommen

Darunter fallen Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte i.S.d. § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt.

Einzelversicherung

Annahmefrist

Mein Antrag auf Abschluss/Umwandlung eines **Krankenversicherungsvertrages** kann von der DKV binnen sechs Wochen angenommen werden. Beantrage ich für die Krankenversicherung den laut jeweiliger AVB bedingungsgemäßen Wartezeitverlass aufgrund ärztlicher Untersuchung, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte der DKV zugehen, spätestens jedoch am Tage nach Ablauf der Einreichfrist.

Vertragsgrundlagen

Für den beantragten Krankenversicherungsvertrag gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Allgemeinen Versicherungs-

bedingungen werden mir spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch werden sie mir auch bei Antragstellung ausgehändigt oder unverzüglich danach zugeschickt. Eine Durchschrift des Antrages erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein bzw. der Nachtrag zum Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Die Zahlung des Erst-(Mehr-)Beitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrages. Wird der Antrag auf Umwandlung nicht angenommen, bleibt der bisherige Versicherungsvertrag unverändert bestehen.

Fälligkeit des Erstbeitrages

Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.

Vertragsdauer

Verträge nach Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Pflegeergänzungstarifen und Serviceprodukten werden für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen (ausgenommen die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif ARE – 12 Monate – und die Vorsorgetarife OPTIMED O1G und O1P – drei Versicherungsjahre –). Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt bzw. beendet werden.

Umwandlung:

– AVB

Bei Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Umwandlungsregelungen) der beantragten Tarife von dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Umwandlungstermin an.

– Widerspruchs-/Widerrufsrecht

Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerspruchs-/Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, besteht der Vertrag mit dem bisherigen Inhalt fort.

– Anrechnung der Laufzeit

Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei Umwandlung auf die Fristen der neuen Versicherung angerechnet (Ausnahmen: Ziffer 4.1 der Tarife TB, TC, TU; etwaige Wartezeiten z. B. für höhere Leistungen).

– Versicherungsjahr

Bei Umwandlung von Krankentagegeldversicherungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht (Ausnahme: Umwandlungen aus den Tarifen KTA, KTS), bei allen anderen Versicherungen ist das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr identisch.

– Zuschläge für erhöhtes Risiko, Ausschlüsse

Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird; etwaige Leistungsausschlüsse bleiben bestehen.

Wartezeiten

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bzw. der AVB für die Krankentagegeldversicherung wird die nachweislich ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen auf die Wartezeiten

- der beantragten Krankheitskostenvollversicherung (ausgenommen Ergänzungsversicherungen zur GKV) und
- der **neben** dieser Krankheitskostenvollversicherung beantragten Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung bzw. die Tarife KUR oder G 25, MAR angerechnet, wenn
- die Versicherung bei der DKV im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnt und
- beim bisherigen privaten Krankenversicherungsunternehmen mindestens Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung (ausgenommen Ergänzungsversicherungen zur GKV) bestand; sofern ein Krankentagegeldtarif beantragt ist, muss auch eine Krankentagegeldversicherung bestanden haben.

Wird der bedingungsgemäße Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung beantragt, sind die dafür entstehenden Kosten vom Antragsteller zu tragen. Geht der Untersuchungsbericht auf einem mir ausgehändigtem Vordruck der DKV nicht innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle Eigentum der DKV.

Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Haben Sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen.

Krankheiten und Unfallfolgen, die nach Antragstellung, aber vor Annahme des heutigen Antrages behandelt werden, zeigen Sie uns unverzüglich schriftlich an (vgl. auch Seite 3 unten). Für sie wird dann – wenn der Versicherungsvertrag zustande kommt und die Voraussetzungen des § 3 Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfüllt sind – vom Versicherungsbeginn an tariflich geleistet.

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Gruppenversicherung

Vertragsgrundlagen

Für die in dieser Beitrittserklärung eingetragenen Tarife gelten die Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages sowie die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung. Der Gruppenversicherungsvertrag und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden mir spätestens mit dem Versicherungsausweis übersandt, auf Wunsch werden sie mir auch bei der Abgabe der Beitrittserklärung ausgehändigt oder unverzüglich danach zugeschickt. Eine Durchschrift der Beitrittserklärung erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Umwandlung:

– AVB-G

Von dem im Nachtrag zum Versicherungsausweis genannten Umwandlungstermin an gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (einschließlich Umwandlungsregelungen) der in der Beitrittserklärung eingetragenen Tarife.

– Widerspruchs-/Widerrufsrecht

Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerspruchs-/Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, bleibt es bei dem bisherigen Versicherungsschutz.

– Anrechnung der Laufzeit

Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei Umwandlung auf die neue Versicherung angerechnet (Ausnahmen: Ziffer 6.1 der Tarife TB, TC, TU und Ziffer 5.1 des Tarifs GTU).

– Versicherungsjahr

Bei der Umwandlung von Krankentagegeldversicherungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht, bei allen anderen Versicherungen ist das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr identisch.

– Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkungen, Ausschlüsse

Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die entsprechenden Beträge der Zuschläge nehmen an Beitragsveränderungen (z. B. Beitragsanpassungen) teil.

Nach Umwandlung einer Versicherung bleiben etwaige bisherige Einschränkungen des Versicherungsschutzes und Leistungsausschlüsse weiter bestehen.

Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die während der bisherigen Versicherungsdauer aufgetreten sind und die nach medizinischem Befund ein erhöhtes Risiko darstellen, können von der Erhöhung des Versicherungsschutzes ausgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Behandlungen und Entbindungen aufgrund bestehender Schwangerschaften.

Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkungen und Leistungsausschlüsse können aufgehoben werden, wenn der Versicherte dies entsprechend den AVB-G frist- und formgerecht beantragt.

Versicherbarer Personenkreis

Ich gehöre ab Beginn des Versicherungsschutzes als Mitglied/Mitarbeiter des umseitig genannten Gruppenversicherungsvertragspartners zu dem nach diesem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis. Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung von Familienangehörigen nur möglich ist, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am 1. des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt, frühestens mit Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrages (auch bei Umwandlungen). Beim Serviceprodukt Best Care beginnt der Versicherungsschutz im Übrigen nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Haben Sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen.

Krankheiten und Unfallfolgen, die nach Eingang der Beitrittserklärung, aber vor Zusendung des Versicherungsausweises behandelt werden, zeigen Sie uns unverzüglich schriftlich an (vgl. auch Seite 3 unten). Für sie wird dann vom Versicherungsbeginn an tariflich geleistet.

Vorversicherung

Sofern in den letzten sechs Monaten vor Abgabe der Beitrittserklärung kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung für eine zu versichernde Person bestanden hat, ist für diese eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Dazu erhalte ich von der DKV einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck (A 29), den ich innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung entsprechend ausgefüllt zurückgebe. Die Kosten der Untersuchung trägt der Beitretende. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle Eigentum der DKV.

2 – Kopie für Beitretenden/Antragsteller –

3 – Kopie für Vermittler –