

Der private Ergänzungsschutz nach Tarif MediDent für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen



AN111867

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)

Neuantrag Änderung

Versicherungsnummer: 0 GKR-Agenturnummer: 1 VD-/MD-Agenturnummer: 1

Zu versichernde Person 1 (VP)

Titel, Vorname, Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Staat: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ wohnhaft in Dtlid. seit (MM.JJJJ): _____

allein stehend männlich VN ist VP
 verheiratet/zus.lebend weiblich

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/bei Ausbildung: Ausbildungsende angeben _____

angestellt öffentlicher Dienst Berufsschlüssel _____
 selbstständig ohne Beschäftigung

Zu versichernde Person 2 (VP)

Titel, Vorname, Name (sofern abweichend von VN): _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ wohnhaft in Dtlid. seit (MM.JJJJ): _____

allein stehend gesonderte Anschrift (siehe Beiblatt 111377)
 verheiratet/zus.lebend

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/bei Ausbildung: Ausbildungsende angeben _____

angestellt öffentlicher Dienst Berufsschlüssel _____
 selbstständig ohne Beschäftigung

Arbeitgeber/Dienstherr/Firma: _____

Beginn und Dauer der Versicherung

Versicherungsbeginn: 0 1 2 0 0

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 EUR.

Zahlweise

jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich wie bisher

Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Einzugsermächtigung (LSV)

Kontonummer: _____ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch): _____

Bankleitzahl: _____ Geldinstitut (Name und Ort): _____

Einzelinkasso Sammellinkasso Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name und Personalnummer sind nur bei Sammellinkasso anzugeben) _____ Personalnummer _____

Erklärungen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

1. Anzahl der fehlenden, noch nicht ersetztten **Zähne** (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse) **Keine Versicherbarkeit ab vier fehlenden Zähnen.**

	Person 1	Person 2
Anzahl	_____	_____
<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. Findet zur Zeit eine **zahnärztliche Maßnahme** zur Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken) statt oder ist eine solche angedenkt oder beabsichtigt? Wenn ja, stellen Sie den Antrag bitte erst nach Abschluss der zahnärztlichen Maßnahme.

Versicherungsumfang und Beitragsberechnung	Person	Tarif MediDent	Monatlicher Tarif-Beitrag in EUR	monatlicher Beitragszuschlag für fehlende Zähne in EUR	Monatlicher Gesamt-Beitrag in EUR	Zu zahlender monatlicher Gesamt-Beitrag in EUR
1				+	=	
2				+	=	

Weiterer bzw. früherer Krankenversicherungsschutz

Besteht oder bestand bei einer gesetzlichen (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) in den letzten 5 Jahren Versicherungsschutz?

Wurde ein entsprechender Antrag in den letzten 5 Jahren abgelehnt?

1	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ bei _____ Wann? _____ Gesellschaft _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ bei _____ Wann? _____ Gesellschaft _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kommunikationsdaten

(freiwillige Angaben)

Telefonnummer: _____ Telefaxnummer: _____ E-Mail: _____

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten und dabei auch von mir für wesentlich 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.

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitliche festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch.

Schweigepflicht-entbindungsklausel 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. 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 Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG, Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko- / Vertragsveränderungen) 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 für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer vom Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihm genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; ein Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf / dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Annahmefrist Zur Prüfung meines Antrags steht dem Versicherer eine Zeit von längstens sechs Wochen zur Verfügung. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Auswirkung steigender Krankheitskosten Der künftige Anstieg von Krankheitskosten kann – soweit er auf veränderten Behandlungsmethoden und allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beruht – bei der Bestimmung der Beitragshöhe nicht berücksichtigt werden. Findet ein solcher Kostenanstieg statt, werden die Beiträge in Übereinstimmung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhöht. Für die Bestimmung des Mehrbeitrags ist das zum Erhöhungszeitpunkt erreichte Alter des Versicherten maßgebend. Ältere Versicherte sind daher in der Regel von einer Beitragserhöhung stärker betroffen als junge. Der Versicherer entlastet ältere Versicherte durch besondere Berücksichtigung bei der Verteilung von Überschüssen. Darüber hinaus gibt es folgende Möglichkeiten zur Entlastung älterer Versicherte: der Abschluss von (soweit vorhanden) Vorsorgetarifstufen, der Abschluss einer privaten Rentenversicherung oder der Wechsel in den Standardtarif.

Wechsel des Versicherers Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Ansprechpartner / Aufsichtsbehörde Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden haben, so können Sie sich jederzeit vertrauensvoll an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Für Mitglieder der Gothaer Versicherungsbank VVaG steht in allen Beschwerdefällen der Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50598 Köln, zur Verfügung. Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.

Vertragsgrundlagen Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung, die mir mit dem Versicherungsschein übersandt werden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig. **Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gemäß § 10 a Abs. 1 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) übermittelt wird.**

Widerspruchsrecht Nach Erhalt der Unterlagen habe ich das Recht, dem Vertrag innerhalb von 14 Tagen in Textform zu widersprechen. Sollte eine beantragte Krankheitskostenvollversicherung nicht zustande kommen, wird auch keine Pflegepflichtversicherung begründet.

Schluss-erklärungen und Unterschriften Die auf dieser Seite beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Unterschriften zu versichernde Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer
Kommunikationsdaten Vermittler	Kommunikationsdaten Vermittler (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mail-/Internetadresse)	Unterschrift Vermittler

Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft Handelsregister Köln, HRB 35505 Postanschrift: 50598 Köln	Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Roland Schulz Vorstand: Dr. Herbert Schmitz (Vorsitzender), Dr. Werner Görg, Ron van het Hof, Dr. Helmut Hofmeier, Michael Kurtenbach, Jürgen Meisch Hausanschrift (Sitz der Gesellschaft): Arnoldiplatz 1, 50969 Köln	Bankverbindung: Kontonummer 9995950000 Bankleitzahl 100 222 00 Bankgesellschaft Berlin AG, Berlin Steuernummer: 215/5887/0021
---	--	---