



Antrag auf private Zusatzversicherung

Name/Vorname _____
 Straße _____
 PLZ _____ Wohnort _____

Vermittlernummer _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

männlich (m) weiblich (w)

Beruf _____

Telefon (freiwillige Angabe) _____

gewünschte Anruferzeit _____

Ja, ich wähle folgende Absicherung

Für mich oder Für: _____

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

(m) (w) Nationalität _____

Beruf _____

Versicherungsbeginn:
(Erläuterung siehe Rückseite)

01. _____ / _____
Monat Jahr



Gesundheits-Schutzbrief

Ambulante Ergänzung AE 1

Zahnersatz-Schutz

30 % des Rechnungsbetrags, zusammen mit der Vorleistung anderer Kostenträger bis zu 80 %

Brillen & Kontaktlinsen-Schutz

Bis zu 160,- €

Auslandsreise-Schutz

100%iger Versicherungsschutz bei akuten Krankheiten und Unfällen nach Vorleistung anderer Kostenträger

Monatsbeitrag _____

Plus: Krankenhaus-Schutz

KH 10

Ab Ihrem ersten Tag im Krankenhaus in Höhe von 10,- € täglich

Monatsbeitrag _____

Plus: Verdienstausfall-Schutz

KT 43/15

Ab dem 43. Krankheitstag in Höhe von 15,- € täglich

Monatsbeitrag _____

Nur bei Berufstätigkeit abschließbar!

Vorversicherung der letzten 3 Jahre

Krankenkasse/Versicherer _____

Art und Umfang _____

Tagegeldhöhe _____

besteht seit _____

endet/endet zum _____

beantragt am _____

abgelehnt am _____

Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen. (Der Mindestbeitrag beträgt 7,50 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.)

monatlich vierteljährlich

Bank _____

Bankleitzahl _____

halbjährlich jährlich (3 % Skonto)

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) _____

Kontonummer _____

Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie nur die Fragen, die für Ihren gewünschten Tarif wichtig sind.

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

AE 1: Fragen 1 bis 2, KH 10: Fragen 3 bis 6 + Angabe: Größe/Gewicht, KT 43/15: Fragen 3 bis 4, 6 + Angabe: Größe/Gewicht

Größe/cm _____ Gewicht/kg _____

nein ja

1. a) Werden derzeit zahnärztliche Behandlungen durchgeführt, oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?

Art der Behandlung: _____

b) Sind mehr als 6 Zähne ersetzt oder überkront?

c) Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind? Anzahl Zähne _____

(zu Frage c) _____

2. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptrienwert ab +/- 8 bitte angeben.) **Bei Fehlsichtigkeit gilt der Zuschlag von 2,50 € für Tarif AE als vereinbart.**

rechts _____ links _____

3. a) Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren chronische Krankheiten, Beschwerden, psychische Störungen, Abhängigkeiten, besteht eine anerkannte Behinderung oder wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?

b) Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel eingenommen?

4. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation (auch wegen Schwangerschaft) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte statt?

6. Bestand in den letzten 3 Jahren insgesamt mehr als 21 Tage Arbeitsunfähigkeit?

Weitere Erläuterungen zum Gesundheitszustand

Zu Frage Nr. Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde, Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?

Wie oft auftreten?

Von wann bis wann?

Operation?

Liegt völlige Ausheilung vor?

Seit wann? Tag/Monat/Jahr

Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?

Name und Anschrift des Behandlers bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt

	nein	ja	nein	ja			
	<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"/>			

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so verwenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt oder unser Formular VG 12 als Anlage. Anzahl: _____

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder der Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffend und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite des Antrages, da diese auch die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. **Sie können dem Versicherungsvertrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformationen widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.**

Wartezeiten: Von Versicherungsbeginn an besteht für Zahnersatz, Zahnbehandlung, und Entbindung eine besondere Wartezeit von 8 Monaten und für die übrigen tariflichen Leistungen eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Die allgemeinen Wartezeiten entfallen bei unfallbedingter Leistungsanspruchnahme. Für kurzfristige Auslandsreisen gibt es keine Wartezeiten.

Ort/Datum _____

Unterschrift ab Alter 18 (auf alle obigen Erklärungen) ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen. _____

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angeben muss. Verletze ich diese Pflicht schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig), kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, bzw. ihn anfechten und außerdem gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Daher sollten unbedingt alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß von mir beantwortet werden. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, sollte ich diese der HALLESCHEN Krankenversicherung zusammen mit dem Antrag einreichen. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrages.

Falls eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchte, so kann sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bindung an den Antrag/Widerspruchsrecht

An den Antrag halte ich mich 6 Wochen gebunden. Falls die Tarifdruckstücke bei Antragstellung nicht komplett vorlagen, habe ich ab Erhalt des Versicherungsscheines und der fehlenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein 14-tägiges Widerspruchsrecht, das schriftlich ausgeübt werden muss. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHEN Krankenversicherung möglich sind. Bei Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHEN Krankenversicherung gemäß § 6 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Außerdem wird die HALLESCHEN Krankenversicherung in diesem Fall leistungsfrei.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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. Zur Beurteilung der Leistungspflicht können, falls erforderlich, Daten an beauftragte Ärzte und Gutachter weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHEN, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient und für Beratungstätigkeiten erforderlich ist, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an den für mich zuständigen Vermittler weitergibt.

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 die Gesellschaften und der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung 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. Das Merkblatt ist Bestandteil der Verbraucherinformation und wird entweder bei Antragstellung oder mit dem Versicherungsschein übermittelt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

HALLESCHEN

Krankenversicherung

auf Gegenseitigkeit

70166 Stuttgart

service@hallesche.de

www.hallesche.de

Verbund **ALTE LEIPZIGER**  **HALLESCHEN**

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch 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 Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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.

Nachmeldepflicht

Ich bin verpflichtet, die HALLESCHEN Krankenversicherung auch nach Antragstellung noch unverzüglich schriftlich oder telefonisch über alle ärztlichen Behandlungen, Untersuchungen sowie alle Veränderungen in meinem Gesundheitszustand bzw. der zu versichernden Personen zu informieren. Dies gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft. Die Meldepflicht endet erst mit Annahme des Antrages oder Ablauf der Bindefrist.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Vorstand schriftlich die Annahme des Vertrages erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Beiträge

Alter	AE 1		KH/10 für je € 10,-		KT 43/15 für je € 15,-	
	männlich €	weiblich €	männlich €	weiblich €	männlich €	weiblich €
0 - 15	1,45	1,45	0,68	0,68	-	-
16	1,45	1,45	0,68	0,68	1,83	2,76
17	2,51	3,83	0,92	1,38	1,92	2,82
18	2,51	3,83	0,92	1,38	2,01	2,88
19	2,51	3,83	0,92	1,38	2,10	2,94
20	2,51	3,83	0,92	1,38	2,22	3,03
21	5,47	7,18	1,84	2,30	2,34	3,09
22	5,67	7,44	1,92	2,36	2,46	3,18
23	5,86	7,69	2,00	2,42	2,58	3,24
24	6,04	7,95	2,08	2,48	2,70	3,33
25	6,21	8,15	2,16	2,54	2,85	3,42
26	6,38	8,36	2,26	2,60	3,00	3,54
27	6,55	8,57	2,34	2,66	3,15	3,63
28	6,70	8,76	2,44	2,74	3,33	3,75
29	6,85	8,94	2,54	2,80	3,51	3,87
30	6,99	9,12	2,64	2,88	3,69	3,99
31	7,13	9,28	2,76	2,96	3,87	4,14
32	7,26	9,43	2,86	3,04	4,08	4,29
33	7,38	9,57	2,98	3,12	4,29	4,44
34	7,50	9,71	3,10	3,22	4,50	4,59
35	7,62	9,83	3,22	3,32	4,71	4,77
36	7,72	9,95	3,36	3,42	4,95	4,95
37	7,83	10,06	3,48	3,52	5,19	5,16
38	7,95	10,15	3,62	3,62	5,45	5,37
39	8,02	10,24	3,76	3,74	5,70	5,55
40	8,11	10,32	3,90	3,84	5,97	5,76
41	8,19	10,39	4,04	3,98	6,24	5,97
42	8,27	10,45	4,18	4,10	6,54	6,15
43	8,34	10,50	4,34	4,24	6,84	6,36
44	8,40	10,54	4,48	4,38	7,14	6,57
45	8,46	10,57	4,64	4,52	7,47	6,78
46	8,52	10,60	4,80	4,66	7,83	6,96
47	8,57	10,62	4,96	4,82	8,16	7,17
48	8,61	10,64	5,14	4,96	8,52	7,38
49	8,64	10,66	5,30	5,10	8,88	7,59
50	8,67	10,67	5,48	5,26	9,24	7,80
51	8,70	10,68	5,66	5,42	9,63	8,04
52	8,72	10,68	5,84	5,56	10,05	8,25
53	8,74	10,69	6,02	5,72	10,47	8,49
54	8,76	10,69	6,22	5,88	10,89	8,73
55	8,77	10,69	6,42	6,04	11,34	8,97

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.