



Antrag auf Krankenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung

Ihr Vermittler

Antrag auf Krankenversicherung

SC	FD/VD	Vers.-Nr.	V1	SKZ	Bs	Fib	DS 4	Kunden-Nr.	<input type="checkbox"/> Neuantrag	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag
----	-------	-----------	----	-----	----	-----	---------	------------	------------------------------------	--

Antragsteller/ Versicherungsnehmer	Zuname/akad. Titel				Betrieb bzw. Arbeitgeber						
	Vorname			Geburtsdatum			ausgeübte Tätigkeit			Branche	
	Straße						Straße				
	NKZ/PLZ		Wohnort				NKZ/PLZ		Ort		
	Telefon				Fax		Telefon			Fax	

Diese Angaben sind freiwillig:

Zu versichernde Personen	1. Person Zuname, Vorname				2. Person Zuname, Vorname			
	Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
	Familienstand				Nationalität			
	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Frei-beruflich <input type="checkbox"/> Arbeit-nehmer <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Arbeitgeber-bescheinigung erforderlich				<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Frei-beruflich <input type="checkbox"/> Arbeit-nehmer <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Arbeitgeber-bescheinigung erforderlich			
	ausgeübte Tätigkeit		Branche		ausgeübte Tätigkeit		Branche	

Beihilfeberechtigt als Beamter/Angehör. als Angest. öffentl. Dienst/Angehör. nach Bund Land ambulant %

Zusatzangaben für Selbstständige und bei Krankentagegeldversicherung ab 120 € für Arbeitnehmer	Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit				Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit			
	Beginn der derzeitigen Tätigkeit				Beginn der derzeitigen Tätigkeit			
	vorher ausgeübte Tätigkeit				vorher ausgeübte Tätigkeit			
	GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital		Anzahl der Gesellschafter		GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital		Anzahl der Gesellschafter	
	Nettoeinkünfte (Definition siehe Rückseite)				Nettoeinkünfte (Definition siehe Rückseite)			

Versicherungsbeginn	Beginn	Beginn
----------------------------	--------	--------

		1. Person				2. Person			
		Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €
Krankheitskosten-Tarife					Krankheitskosten-Tarife				
Krankheitskosten-Tarife					Krankheitskosten-Tarife				
gesetzl. Zuschlag 10% (nicht bei Zusatzversicherung)					gesetzl. Zuschlag 10% (nicht bei Zusatzversicherung)				
Tagegeld-Tarife					Tagegeld-Tarife				
Tagegeld-Tarife					Tagegeld-Tarife				
Pflege-Tarife					Pflege-Tarife				
MBZ					MBZ				

Gesamtbeitrag für Person 1 und Person 2

Entfallende Tarife

Wartezeiterlass Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten (Hinweise siehe Rückseite) Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten (Hinweise siehe Rückseite)

Vorversicherungen der letzten 3 Jahre	Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)		Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)	
	Art und Umfang		Tagegeldhöhe	
	besteht seit		endet/endete zum	
	beantragt am		abgelehnt am	

Widerrufliche Einzugsermächtigung Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3% Skonto) (Der Mindestbeitrag beträgt 750 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich)

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut
Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller)		Unterschrift (wenn Kontoinhaber nicht Antragsteller)

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf diesem Antrag, sondern in der »Erklärung vor dem Arzt« (VG 152) gemacht.

Hinweis: Der Antrag ist nur gültig, wenn die »Erklärungen vor dem Arzt« für die Personen Nr. vorliegen!

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen. **Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf der Rückseite** und machen Sie umfassende Angaben.

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

	Vorname 1. Person	Vorname 2. Person
	Größe/cm	Gewicht/kg
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie Feststellungsbescheid mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen statt? (Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. – Definition »Eintrittsalter« siehe Rückseite.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptriewerte ab + 8/- 8 bitte angeben.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	re. li.	re. li.

Bei Fehlsichtigkeit gilt für die jeweilige Person der Zuschlag von monatlich 2,50 € für Tarif AE als vereinbart.

Nur für Tarife mit Zahnversicherungs-schutz

12. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) bei einem Zahnarzt statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Art der Behandlung	Art der Behandlung
14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kiefer-fehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Art der Erkrankung	Art der Erkrankung

Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:

15. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne	Anzahl Zähne
16. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne	Anzahl Zähne

Weitere Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 13, 14 und 16	Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift des Behandlers

Einverständnis mit Leistungsbegrenzung der tariflichen Leistungen in den ersten 6 Kalenderjahren: 50% 50%

Erläuterungen zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 1 bis 12

Zu Frage Nr.	Zu Pers. 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 Aushheilung vor?	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeits-unfähig-keitsstage gesamt?	Name und Anschrift des Behandlers bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
					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:

Pflege-Pflicht-versicherung

<p>1. Person bisher private PPV bei <input type="text"/></p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Nachweise über private Versicherungszeit: <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> soll HALLESCHÉ anfordern</p> <p>Nur ausfüllen, wenn beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag/Lebenspartnerhöchstbeitrag¹ gewünscht:</p> <p>Höhe jährliches Gesamteinkommen (Definition siehe Rückseite):</p> <p>Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit <input type="text"/> Sonstige Einkünfte <input type="text"/></p>	<p>2. Person bisher private PPV bei <input type="text"/></p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Nachweise über private Versicherungszeit: <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> soll HALLESCHÉ anfordern</p> <p>Nur ausfüllen, wenn beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag/Lebenspartnerhöchstbeitrag¹ gewünscht:</p> <p>Höhe jährliches Gesamteinkommen (Definition siehe Rückseite):</p> <p>Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit <input type="text"/> Sonstige Einkünfte <input type="text"/></p>
--	--

¹ Der Lebenspartnerhöchstbeitrag verlangt eine eingetragene Lebenspartnerschaft.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder der Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen 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 Vertrages. 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 Verbraucherinformation widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.**

Unterschriften

Ort/Datum <input type="text"/>	Eventuelle Rückfragen bitte <input type="checkbox"/> direkt an den Antragsteller <input type="checkbox"/> an/über den Vermittler <input type="text"/>
Unterschrift des Antragstellers - ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen <input type="text"/>	Fax/Telefon-Nr. <input type="text"/>
Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen <input type="text"/>	Name und Stempel/Unterschrift des Vermittlers, gleichzeitig als Bestätigung, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig in seiner Gegenwart geleistet wurden. <input type="text"/>

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Soweit Tarifdruckstücke für beantragte Tarife nicht oder nicht komplett mit dem Antrag übergeben wurden, werden mir diese Unterlagen zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit den Tarifbedingungen und ggf. Sonderbedingungen sind Grundlage für den Vertrag.

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.

Bestätigung zur Einkommenshöhe/ Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung beantragt habe, dass das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) mein versicherbares Nettoeinkommen (siehe unter »Einkommensberechnung für Krankentagegeld«) der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Sofern ich Arbeitnehmer bin, bestätige ich außerdem, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer meines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

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 ausübt werden muss. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

- Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Einnahmen aus Berufstätigkeit abzüglich Wareneinsatz, Betriebsausgaben, Einkommen- und Kirchensteuer sowie Solidaritätsbeitrag.
- Bei Arbeitnehmern: 80 % des Jahresbruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen.
- Bei niedergelassenen Medizinern/Zahnärzten: 70 % der Praxis-/Honorareinnahmen.

Einwilligung des Versicherers bei Tagelgeldversicherungen

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.

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 Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtbindung 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.

Mitversicherung ab Geburt

Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikoprüfung möglich ist, wenn die Voraussetzungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorliegen.

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.

Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für die versicherte Person unzuweckmäßig.

Vorversicherer

Hier sind folgende Versicherungen anzugeben: gesetzliche und/oder private Voll- bzw. Zusatz-Krankenversicherungen, Versicherungen für den Pflegefall, Pflegerentenversicherungen (auch bei Lebensversicherern), Betriebsunterbrechungsversicherungen oder sonstige Versicherungen, die auch im Krankheits- oder Pflegefall Leistungen erbringen. Bei Kranken-, Krankentage-, Krankentage- und Pflegetagegeld bitten wir auch um Angabe der Tagegeldhöhe. Geben Sie darüber hinaus bitte an, ob derartige Versicherungen derzeit beantragt oder beantragte abgelehnt wurden.

Wartezeit/-erlass

Für Vollversicherte (Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung) verzichtet die HALLESCHEN Krankenversicherung – mit Ausnahme der Pflegekranken- und Pflege-Pflichtversicherung – auf die Einhaltung von Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung und ggf. auch in der Krankentagegeldversicherung, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Liegen diese Voraussetzungen bei mir nicht vor, kann ein Wartezeiterlass über eine ärztliche Untersuchung (VG 150) auf meine Kosten eingeräumt werden. Für gesetzlich Zusatzversicherte ist der Wartezeiterlass grundsätzlich nur über eine ärztliche Untersuchung auf Kosten des Antragstellers möglich.

Geht der Untersuchungsbefund nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten mit Ausnahme der Pflegeversicherung.

Ein Erlass der Wartezeiten für die Tarife, die Versicherungsschutz im Pflegefall bieten, ist grundsätzlich nicht möglich.

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderalter, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.

Pflege-Pflichtversicherung – Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes. Dabei sind folgende Beiträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z.B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Das errechnete Gesamteinkommen ist aufzuteilen in Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit und sonstige Einkünfte. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit sind alle Einkommen aus Beschäftigungsverhältnissen, also auch aus geringfügiger Beschäftigung (sog. Minijob). Außerdem die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit darunter.

Sonstige Einkünfte sind alle anderen Einkommensarten (z.B. Zinsinkünfte, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung).

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.