

Antrag auf

– Krankenversicherung/
Pflege-Pflichtversicherung

BD-Eingang	RS	HV-Eingang	RS	Vers.-Schein-Nr.	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	M	M	J
Beruf IV	Beruf VP	ADM 1 + PROD.-ANT.%	ADM 2 + PROD.-ANT.%	ADM 3 + PROD.-ANT.%	AST	Verm.	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> VS an <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> BD				

Antrag auf eine Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung bei der INTER Krankenversicherung aG

Neuantrag Änderungsantrag zur Krankenversicherung-Nr.
 Antrag zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit Firma, Verband usw.

A Antragsteller (Versicherungsnehmer) Titel, Vor- und Zuname <input type="text"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Geburtsdatum <input type="text"/> Geburtsname <input type="text"/> Familienstand: <input type="checkbox"/> 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft Staatsangehörigkeit deutsch <input type="checkbox"/> oder welche <input type="text"/> Ständig in D seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche <input type="text"/> Straße/Haus-Nr. <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Telefon privat (mit Vorwahl)* <input type="text"/> Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)* <input type="text"/> *freiwillige Angaben	B Beitragszahler Titel, Vor- und Zuname (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch) <input type="text"/> Einzugsermächtigung Hiermit ermächtige ich die INTER widerruflich, die Beiträge zu Lasten meines Kontos Konto-Nr. <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> bei <input type="text"/> mittels Lastschrift abzubuchen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Einlösungspflicht. Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller oder zu versichernde Person. <input type="text"/> Beitragszahlung (für die Krankenversicherung) <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich Fax privat (mit Vorwahl)* <input type="text"/> Fax geschäftlich (mit Vorwahl)* <input type="text"/> E-Mail privat* <input type="text"/> E-Mail geschäftlich* <input type="text"/>
---	--

C Ich beantrage Abschluss/Änderung eines Krankenversicherungs-Vertrages und gegebenenfalls der Pflege-Pflichtversicherung für die aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Zu versichernde Personen

	Person 01	Person 02	Person 03
Vorname ggf. abweichender Zu- oder Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/> ständig in D seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/> ständig in D seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/> ständig in D seit <input type="text"/>
Beziehung zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.
Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft	Familienstand: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Familienstand: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Familienstand: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
geburtsdatum und Geschlecht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche Art des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufsstellung	<input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)	<input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)	<input type="checkbox"/> Selbständige <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)
Bei Ausbildungstarifen	Ausbildungsende <input type="text"/>	Ausbildungsende <input type="text"/>	Ausbildungsende <input type="text"/>

D Tarife/Beiträge

	Person 01	Person 02	Person 03
Versicherungsbeginn oder Änderungstermin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	zukünftige Tarife Stufe, Tagessatz	zukünftige Tarife Stufe, Tagessatz	zukünftige Tarife Stufe, Tagessatz
	Tarifbeitrag EUR	Tarifbeitrag EUR	Tarifbeitrag EUR
Krankheitskosten			
Zahn			
Krankenhaus			
Pflegeversicherung			
Krankentagegeld (KHT)			
Krankentagegeld (KT)			
Ausland			
Risikozuschlag (RZ)			
gesetzlicher Zuschlag			
Monatsbeitrag pro Person			
Pflege-Pflichtversicherung			
Summe pro Person			
Gesamtmonatsbeitrag für die Krankenversicherung	EUR, für die Pflege-Pflichtversicherung	EUR, insgesamt	EUR

(Beitragsrate mindestens 10,- EUR)

H Zusatzfragen zur Pflege-Pflichtversicherung

Für die Beitragsberechnung sollen gelten:	Person 1	Person 2	Person 3
Neugeschäftskonditionen (=neu) nach § 110 SGB XI			
Altbestandskonditionen (=alt (1)) nach § 110 (1) SGB XI (Nachweis der Vorversicherung seit 01.01.1995 notwendig)	neu <input type="checkbox"/> alt (1) <input type="checkbox"/> alt (2) <input type="checkbox"/>	neu <input type="checkbox"/> alt (1) <input type="checkbox"/> alt (2) <input type="checkbox"/>	neu <input type="checkbox"/> alt (1) <input type="checkbox"/> alt (2) <input type="checkbox"/>
Altbestandskonditionen (=alt (2)) nach § 110 (3) SGB XI (Nachweis der Vorversicherung der letzten 5 Jahre erforderlich)			

Begrenzung des Beitrages für privat pflegeversicherte Ehepaare

Ich beantrage eine Beitragsreduzierung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung und bestätige, daß das monatliche Gesamteinkommen des nachfolgenden aufgeführten Ehegatten nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße – den aktuellen Betrag bitte erfragen – liegt.

Name, Vorname

Falls eine Ehegatte bei einer anderen Gesellschaft versichert ist, bitte folgende Angaben ergänzen:

Mein Ehegatte ist,

bei (Gesellschaft) pflichtversichert.

Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschafts- oder Ruhensversicherung.

Beitragsfreie Kinder

Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für Person 1 Person 2 Person 3 und bestätige, daß das monatliche Gesamteinkommen der o.a. Person nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße – den aktuellen Betrag bitte erfragen – liegt.

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

Weitere Versicherungen (gesetzlich oder privat) bestehen, bestanden oder wurden beantragt?

(Alle Fragen beantworten!)

	Personen-Nr.	1		2		3		Pers. Nr.	von/seit genaue Datumsangabe erforderlich	bis	Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen	Wenn gekündigt, von wem?
		ja	nein	ja	nein	ja	nein					
a) Gesetzliche Krankenversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
b) Private Krankheitskostenvollversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
c) Pflege-Pflichtversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
d) Krankheitskosten-Teil-(Zusatz)-Versicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
e) Krankenhaustagegeld-Versicherung(en) über	EUR <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
f) Krankentagegeldversicherung(en) Karenztage	<input type="text"/> EUR <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
g) Pflegekrankenversicherung(en) ggfs. Höhe des Tagegeldes	EUR <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
h) Praxisausfallversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
i) Lebensversicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
j) Unfallversicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>
k) Bausparvertrag	EUR <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					VN <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/>

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 6 „Wichtige Erklärungen und Hinweise“. Dort sind unter anderem die Schweigepflichtentbindung und die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Antrages. Eine Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt. Sie können ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang der jeweiligen Unterlagen (Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und übrigen Verbraucherinformationen) widersprechen. Sofern nicht fristgerecht widersprochen wurde, ist der Vertrag nach Ablauf der Widerspruchsfrist ab Zugang des Versicherungsscheines wirksam.

Ich bestätige als Vermittler, daß außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden. Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Vermittlers

Dieser Antrag umfaßt 6 Seiten. Diese habe ich zur Kenntnis genommen, insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift der zu versichernden Person (des gesetzlichen Vertreters)

Definition des durchschnittlichen Nettoeinkommens

Für das versicherbare Nettoeinkommen gelten die folgenden Definitionen:

- bei Arbeitnehmern: Jahresbruttolohn/-gehalt (Sonderzahlungen, wie z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld sind zu berücksichtigen!) abzgl. Steuern geteilt durch 360 plus maximal 40,- EUR (für anrechnungsfähige Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung)
- bei niedergelassenen Ärzten, Zahn- und Tierärzten: Bruttopraxiseinnahmen abzüglich Steuern.

Beispiel auf Jahresbasis:	Bruttopraxiseinnahmen	180.000,- EUR
	- Steuern	45.000,- EUR
	= Nettoeinkommen	135.000,- EUR : 360 Tage
	Tagessatz	375,- EUR
	+ anrechenbare Sozialbeiträge (sofern Absicherung vorhanden)	40,- EUR (maximal)

	= versicherbares Tagegeld	415,- EUR

Ist das Nettoeinkommen auf diesem Wege nur ungenau zu ermitteln, kann es hilfsweise höchstens mit 80 % des Bruttoeinkommens (Praxiseinnahmen, Lohn, Gehalt) zugrunde gelegt werden.

- bei Selbständigen anderer Berufe: Bruttoeinkommen (Gewinn) abzüglich Steuern.

Beispiel auf Jahresbasis:	Einnahmen (Umsatz/Erlös)	300.000,- EUR
	- Geschäfts- und Materialkosten	210.000,- EUR
	Bruttoeinkommen (Gewinn)	90.000,- EUR
	- Steuern	17.500,- EUR
	= Nettoeinkommen	72.500,- EUR : 360 Tage
	Tagessatz	200,- EUR
	+ anrechenbare Sozialbeiträge (sofern Absicherung vorhanden)	40,- EUR (maximal)

	= versicherbares Tagegeld	240,- EUR

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Allgemeine Hinweise und Verbraucherinformationen

1. Wird eine Krankenversicherung zusammen mit einer Pflege-Pflichtversicherung abgeschlossen, handelt es sich jeweils um rechtlich selbstständige Verträge.
2. Für die Versicherungen gelten die Versicherungsbedingungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
3. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108 · 53117 Bonn. Der zuständige Ombudsmann für den Bereich Krankenversicherung ist der PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104 · 10117 Berlin.
4. Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben. Die Vermittler sind nicht berechtigt, Beiträge zu kassieren.
5. Vertragsgrundlage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife und Tarifbedingungen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, weitere Verbraucherinformationen sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung werden spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt. Auf Wunsch werden sie auch bei Antragstellung ausgehändigt oder unverzüglich danach zugesandt. Wird ein Antrag zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag gestellt, gelten auch die Bestimmungen des Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrages.
6. Ihre Angaben und Erklärungen sind die Grundlage unserer Antragsprüfung. Dabei können wir nur die schriftlichen und damit nachweisbaren Angaben zugrunde legen. Achten Sie daher bitte in Ihrem eigenen Interesse darauf, daß die schriftlichen Erklärungen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z.B. der Vermittler) den Antrag ausfüllt. **Bitte prüfen Sie deshalb die schriftlichen Angaben, die von Ihnen oder dem Vermittler für Sie geschrieben wurden, sowohl in diesem Antrag als eventuell auch in anderen Schriftstücken auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**
7. Der Vertrag wird für die Dauer von 1 Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.
8. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, daß die 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/oder den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (bzw. an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft 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 Unternehmen der INTER Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weiter-

geben, 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 die 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 zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Erklärungen

1. Mir ist bekannt, daß der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Besteht ein Widerspruchsrecht nach § 5a VVG, gilt der Vertrag erst als abgeschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Vertragsunterlagen (Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und maßgebliche Verbraucherinformationen) in Textform widerspreche.
2. 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 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.
3. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der INTER Krankenversicherung aG umgehend in Textform anzuzeigen.

zur Krankenversicherung Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, daß die 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 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.

zur Pflege-Pflichtversicherung Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, daß der Versicherer im Rahmen der Prüfung seiner Leistungspflicht eine medizinische Begutachtung durchführen wird. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Pflegepersonen sowie Angehörige ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie von Krankenanstalten und vergleichbaren Einrichtungen und Gesundheitsämtern, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben sowie andere Versicherer und Kostenträger für den Pflegefall von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer bzw. dem vom Versicherer beauftragten Medizinischen Dienst die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem ärztlichen Gutachter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der berechtigt ist, die medizinischen Unterlagen meines Versicherers zu überprüfen, (z. B. bei Widersprüchen gegen die Einstufung, bei der Prüfung von Anträgen auf Anerkennung als Härtefall oder bei Anträgen auf Zulassung von Einzelpflegekräften). Mir ist außerdem bekannt, daß personenbezogene Daten soweit sie im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung stehen, nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG i.V.m. § 93 ff SGB XI) verarbeitet werden.

Diese Erklärung – die auch über meinen Tod hinaus gilt – gebe ich auch für meine mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Länderschlüssel zur Beihilfe

- 01 = Bund
- 11 = Baden-Württemberg
- 12 = Bayern
- 13 = Berlin
- 14 = Brandenburg
- 15 = Bremen
- 16 = Hamburg
- 17 = Hessen
- 18 = Mecklenburg-Vorpommern
- 19 = Niedersachsen
- 20 = NRW
- 21 = Rheinland-Pfalz
- 22 = Saarland
- 23 = Sachsen
- 24 = Sachsen-Anhalt
- 25 = Schleswig-Holstein
- 26 = Thüringen
- 98 = freie Heilfürsorge

Abkürzungen

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung