

Krankenversicherungsantrag

– *Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung*

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)		Geburtsdatum	Staatsang. ledig verh. gesch. verw.						
Herr Frau Name, Vorname, Titel.		private Telefon-Nr. mit Vorwahl *)		dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *)					
Straße, Hausnummer		*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen. <i>Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden.</i> ja nein							
Postleitzahl	Wohnort	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		Berufsstellung					
Berufsstellung: Selbstständige/r = 1 Beamtin/Beamter = 2 Arbeitnehmer/in, fr. Wirtsch. = 3 Arbeitnehmer/in, ö. D. = 4 in Ausbildung = 5 Hausfrau/-mann = 6 \uparrow und \downarrow									
Zu versichernde Personen		Geschlecht	Derzeit ausgeübter Beruf						
Pers. Vorname, auch Name falls abweichend von Antragsteller/in		männl. weibl.	(genaue Bezeichnung)						
1		Geburtsdatum		Berufsstellung					
2									
3									
4									
Sonstige Krankenversicherungen		Bestehen oder bestanden <u>gesetzliche</u> oder <u>private</u> Krankenversicherungen?							
Für Pers. nein ja Krankenkasse / Versicherer		a) besteht seit	Vers.-Pflicht	Für Pers. nein ja Krankenkasse / Versicherer					
1		b) bestand von – bis	nein ja	a) besteht seit					
2				b) bestand von – bis					
				nein ja					
Beantragte Ergänzungsversicherung - Beginn 01.									
<i>gut versichert ...</i>	Tarif	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
		Beitrag mtl. EUR		Beitrag mtl. EUR		Beitrag mtl. EUR		Beitrag mtl. EUR	
<i>... beim Zahnarzt</i> <input checked="" type="checkbox"/>		ZG oder		AZ					
Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen					Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	
1. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt?					nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja
2. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind?					nein ja	nein ja	nein ja	nein ja	nein ja
Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit "ja" beantwortet sind.									
Person	Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Untersuchungsergebnisse, welche Zähne zu behandeln sind bzw. fehlen	Von wann bis wann?	Operation nein ja	Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes				
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen, und das nebenstehende Feld ist anzukreuzen.									
Beitragsabruf. Ich ermächtige den Versicherer, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:									
Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe)						Bankleitzahl			
Kontonummer (kein Sparkonto)			Falls Kontoinhaber/in nicht Antragsteller/in, Name, Vorname und			Unterschrift			
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die <u>Schlussklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Personen.</u> Diese enthalten neben anderen wichtigen Erklärungen auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die <u>Schlussklärungen zum Inhalt dieses Antrages.</u>									
Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.									
Datum	Antragsteller/in		Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller/in		Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller/in minderjährig ist				
						BD/Verm.-Nr:			

SCHLUSSERKLÄRUNGEN

des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Person/en.

Beantwortung der Antragsfragen

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.

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Annahmefrist und Widerspruchsrecht

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung.

Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 21 Tagen.

Ich kann dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformationen widersprechen. Wenn ich den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhalte und nicht rechtzeitig widerspreche, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zu Stande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt wird. Bei Ablehnung des Antrages wird ein bereits kassierter Beitrag zurückgezahlt. Bei fristgemäß angemeldeten Neugeborenen entsprechend § 2, Abs. 2 MB/KK 94 kommt die Versicherung bereits mit Zugang der Anmeldung zu Stande.

Versicherungsbedingungen

Es gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Sie werden mir mit dem Versicherungsschein übersandt, auf meinen Wunsch auch bei Antragstellung ausgehändigt oder unverzüglich danach zugeschickt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer - soweit hierzu ein Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages 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 veranlassenden 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- oder 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.

Datenschutz

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/oder an den Verband der privaten Krankenversicherer e. V. und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zu-Stande-Kommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Barmenia-Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/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. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss, auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

HINWEISE

Durchschrift des Antrages

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages verbleibt beim Antragsteller / bei der Antragstellerin.

Bedingungsgemäßer Wartezeiterlass

Für die zu versichernden Personen kann ein bedingungsgemäßer Erlass der Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung, deren Kosten der Antragsteller / die Antragstellerin übernimmt, beantragt werden. Geht der Befundbericht nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung

Für die Krankheitskosten-Versicherungen wird der Vertrag für die Dauer von 3 Versicherungsjahren abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:
Kronenstraße 13, 10117 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.