



Antrag Krankenversicherung/ Pflegepflichtversicherung

Neuantrag Änderungsantrag

Antragsteller

(Bitte nur den Namen
einer Person eintragen)

Name/Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
Telefon	E-Mail-Adresse
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Sind oder waren Sie bereits bei der Düsseldorfer Versicherung versichert?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Versicherungsnummer _____	
Versicherungs-/Änderungsbeginn: _____	
Zahlungsweise <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	
<input type="checkbox"/> Kontonummer und Bankverbindung wie bisher.	
Die Beiträge sind bis auf Widerruf von dem angegebenen Konto abzubuchen:	
Konto _____	BLZ _____
Kontoinhaber (sofern nicht Antragsteller) _____	
Kreditinstitut _____	
Unterschrift Kontoinhaber (sofern nicht Antragsteller) _____	

Schlusserklärung und Unterschriften

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der letzten Seite die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen“.

Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung sowie Erläuterungen zum Ausfüllen der Gesundheitsangaben; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Person(en) über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters

Empfangsbestätigung

Folgende Unterlagen habe ich erhalten:

Tarif mit AVB, Informationsblatt BaFin und Merkblatt Datenverarbeitung, Kunden- sowie Produktinformation

Zu versichernde Person(en)

1. Person

Vorname (falls abweichend vom Antragsteller auch Name)

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet

Staatsangehörigkeit

Ausgeübter Beruf

Berufsangaben
 Arbeitnehmer/in Beamter/Beamtin
 Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst Selbstständig

Gewünschte Tarife

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte (inkl. Pflegepflichtversicherung) **ASB**

Wahlleistungen im Krankenhaus **WZ 2**

Zusatzversicherung für Zahnersatz, Alternative Behandlung, Auslandsreisen, Sehhilfen **ZVA** Stufe _____
_____ Tagessatz

Krankentagegeld **KT43** _____ EUR

Krankenhaustagegeld **KHT** _____ EUR

Bitte bei Tarifen für Krankentagegeld (KT43) und Krankenhaustagegeld (KHT) den gewünschten Tagessatz angeben.

Höhe des durchschnittlichen Nettomonatseinkommens der letzten 12 Monate

Bitte bei jeder Krankentagegeldversicherung ausfüllen. Bei Arbeitnehmern gilt als Nettoeinkommen 80 % des Bruttoeinkommens. Bei Selbstständigen gelten als Nettoeinkommen max. 70 % der um die Betriebsausgaben verminderten Betriebseinnahmen.

_____ EUR
Nettomonatseinkommen

2. Person

Vorname (falls abweichend vom Antragsteller auch Name)

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet

Staatsangehörigkeit

Ausgeübter Beruf

Berufsangaben
 Arbeitnehmer/in Beamter/Beamtin
 Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst Selbstständig

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte (inkl. Pflegepflichtversicherung) **ASB**

Wahlleistungen im Krankenhaus **WZ 2**

Zusatzversicherung für Zahnersatz, Alternative Behandlung, Auslandsreisen, Sehhilfen **ZVA** Stufe _____
_____ Tagessatz

Krankentagegeld **KT43** _____ EUR

Krankenhaustagegeld **KHT** _____ EUR

Bitte bei Tarifen für Krankentagegeld (KT43) und Krankenhaustagegeld (KHT) den gewünschten Tagessatz angeben.

Höhe des durchschnittlichen Nettomonatseinkommens der letzten 12 Monate

Bitte bei jeder Krankentagegeldversicherung ausfüllen. Bei Arbeitnehmern gilt als Nettoeinkommen 80 % des Bruttoeinkommens. Bei Selbstständigen gelten als Nettoeinkommen max. 70 % der um die Betriebsausgaben verminderten Betriebseinnahmen.

_____ EUR
Nettomonatseinkommen

Sonstige Krankenversicherungen/freie Heilfürsorge/private Unfallversicherung mit Krankenhaus- bzw. Krankentagegeld

Besteht oder bestand eine private oder gesetzliche Versicherung oder wurde sie beantragt? Besteht oder bestand Anspruch auf freie Heilfürsorge?

Person Versicherer (bei privater Versicherung auch Art oder Tarife, Höhe eines Krankenhaustagegeldes/Krankentagegeldes), auch die gesetzlichen Krankenversicherungen/Anspruch auf freie Heilfürsorge von bis wurde beantragt am
1 _____
2 _____

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, sofern nachstehend keine andere Regelung getroffen wird.

Ich beantrage den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die Untersuchungskosten übernehme ich. Geht der Befundbericht, der möglichst auf einem mir ausgehändigten Formular des Versicherers zu erstellen ist, nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1. Person 2. Person

Gesundheitsangaben (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. Person

1. Bestehen Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder Gebrechen?
(Beschwerden sind auch anzugeben, wenn sie [noch] nicht ärztlich behandelt werden.)

Nein Ja

2. Liegt eine Wehrdienstbeschädigung oder Erwerbsminderung vor? Bitte amtlichen Bescheid – mit Diagnosen – beifügen. WDB MdE/GdB

Nein Ja

3. Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen oder Beobachtungen vorgesehen oder angeraten?

Nein Ja

4. Sind die zu versichernden Personen in den letzten **5 Jahren** durch Ärzte oder andere Heilbehandler behandelt, untersucht, beobachtet oder beraten worden?

Nein Ja

5. Haben in den letzten **5 Jahren** stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha oder Klinik) stattgefunden, oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?

Nein Ja

6. Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfüllten Kinderwunschs stattgefunden?

Nein Ja

7. Wurden bzw. werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Nein Ja

8. Bestehen Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis C) oder psychische Störungen oder haben sie bestanden?

Nein Ja

9. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn Ja, in welchem Monat?

Nein Ja

10. Für Personen über 16 Jahre:

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 8. mit Ja beantwortet, sind nachstehend immer ausführliche Angaben ggf. auf einem gesonderten Blatt zu machen.

Person zu Frage	Angaben über Art der Erkrankungen bzw. Beschwerden (bitte genaue Diagnose), Behandlungen, Operationen, Untersuchungen usw. Bei Vorsorge- und Routineuntersuchungen immer Befunde angeben!	Sämtliche Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen		Liegt eine völlige Ausheilung vor?			Name und Anschrift der Ärzte Heilpraktiker, Krankenanstalten, Heilstätten (ggf. auf gesondertem Blatt).
		Beginn	Ende	Ja	Nein	Wenn Ja, seit wann?	
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen vorsieht.

11. Findet zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung statt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan vorlegen.

Nein Ja

Nein Ja

12. Ist das Gebiss bereits mit Zahnersatz (z. B. künstliche Zähne, Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt?

Nein Ja

Nein Ja

13. Bestehen Zahnlücken (tatsächlich fehlende Zähne ohne Weisheitszähne)? Wenn Ja, bitte genaue Zahl angeben!

Nein Ja

Nein Ja

Wird eine der gestellten Fragen 11. und 12. mit Ja beantwortet, sind nachstehend immer ausführliche Angaben zu machen.

Person zu Frage	Welche zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen erfolgen derzeit, sind angeraten bzw. beabsichtigt? Art des Zahnersatzes (Kronen, Brücken, Prothesen), genaue Anzahl der versorgten Zähne und Behandlungsjahr (bitte beiliegendes Zahnschema ausfüllen).	Name und Anschrift des Zahnbehandlers
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reicht der vorgesehene Raum für Ihre Antworten nicht aus, verweisen Sie auf eine Anlage und ergänzen die Angaben auf einem gesonderten Blatt. Bitte geben Sie an, auf welche Fragen und Person(en) sich Ihre Angaben beziehen, und unterschreiben Sie diese Anlage. Sie wird damit zum Bestandteil Ihres Antrages.

Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten muss. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen werden mir zusammen mit den übrigen Versicherungsunterlagen vor Antragstellung zugesandt; es sei denn, ich wünsche eine spätere Zusendung.

Sofern der Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tag, an dem die Untersuchungsberichte bei dem Versicherer eingehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichfrist.

Schweigepflichtentbindungserklärung/Datenschutzerklärung

Soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, erhebt der Versicherer personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden. Hierzu erteile ich als betroffene Person meine Einwilligung – auch schon vor Abgabe der Vertragserklärung. Vor jeder Datenerhebung werde ich unterrichtet und kann der Erhebung widersprechen.

Als betroffene Person kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils von mir in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Im Übrigen wird die Einhaltung der Datenschutzvorschriften von unserem betrieblichen Datenschutzbeauftragten in Ihrem Interesse laufend überwacht. Für Auskünfte oder Erläuterungen kann ich mich auch direkt an ihn wenden: **Datenschutzbeauftragter – Düsseldorf Versicherung – 40024 Düsseldorf**

Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Als Versicherungsnehmer kann ich meine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung (§ 8 Abs. 1 VVG).

Aufsichtsführende Stelle

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 19 Abs. 1 – 4: Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers, rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 194 Abs. 1: Anzuwendende Vorschriften

Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat.

§ 28 Abs. 2 – 3: Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Düsseldorfer Versicherung

Krankenversicherungsverein a. G.
Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Fax 0211 355900-20
E-Mail: info@duesseldorfer-versicherung.de
www.duesseldorfer-versicherung.de

Bankverbindungen:

SEB Bank AG Düsseldorf
Kto.-Nr. 1 015 807100 (BLZ 300 101 11)
Commerzbank Düsseldorf
Kto.-Nr. 188 226 500 (BLZ 300 400 00)

Vorstand:

Dieter Deichmann (Vorsitzender)
Ludwig Willems
Willi Tiltmann
Dieter Turowski

Aufsichtsrat:

Helmut Sagon (Vorsitzender)

Registergericht:

Amtsgericht
HRB 21160