A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname

Titel | z. Zt. ausgeübter Beruf | Geb.-Tag/Monat/Jahr

Straße und Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefon (privat)* | Telefon (geschäftl.)* | Fax* | E-Mail*

☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler ☐ Beihilfeberechtigt als (z. B. Beamter) | seit

☐ Neuantrag (noch nicht DKV-Kunde) | Versicherungs-Nr. KV | Mitarbeiter ERGO ☐ | DMS 01102

B. Angaben zum beantragten Versicherungsschutz

* Angaben freiwillig

Person 1

Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)

z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

Geb.-Tag/Monat/Jahr | Geschlecht | Nationalität | ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Person 2

Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)

z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

Geb.-Tag/Monat/Jahr | Geschlecht | Nationalität | ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Person 1 Beginn	Tag 01	Monat .	Jahr 2.0.0.
Tarif(e)	Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	
PET			
PT3			
PTO**			
PEK	X		
monatlicher Gesamtbeitrag			

Person 2 Beginn	Tag 01	Monat .	Jahr 2.0.0.8
Tarif(e)	Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	
PET			
PT3			
PTO**			
PEK	X		
monatlicher Gesamtbeitrag			

** nur in Verbindung mit dem Tarif PT3

C. Sonstige Angaben und Fragen

a) Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung?
Person 1 ☐ nein ☐ ja **Person 2** ☐ nein ☐ ja

b) Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private*** Pflegeergänzungsversicherung?

Pers.		Versicherer	von – bis	Tarif	ggf. Tagegeldhöhe
1	☐ nein ☐ ja				
2	☐ nein ☐ ja				

*** Die Aufgabe einer bestehenden privaten Krankenversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Rückseite): Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. ***Reicht der Platz nicht:*** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – ***innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen;*** bitte weisen Sie dann im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. **Für Tarif PT3 sind nur die Fragen 1 und 2 zu beantworten.**

	Person 1 nein	Person 1 ja	Person 2 nein	Person 2 ja
1. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?	☐	☐	☐	☐
2. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung, ein chronisches Leiden oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/ein Grad der Behinderung? ??????	☐	☐ ___%	☐	☐ ___%

3. Größe und Gewicht ..... cm/kg

Person	Wenn ja, weswegen besteht Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt?
1	
2	

Nähere Angaben zu Frage 2, wenn mit „ja“ beantwortet:

Pers.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?)	Behandlungen / Beschwerden von	bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?

D. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

E. Beitragszahlung und Schlusserklärungen

Der Gesamtbeitrag soll ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich minus 2% Skonto ☐ jährlich minus 3% Skonto abgerufen werden.

Konto für Leistungen des Versicherers und Abruf

☐ **wie bisher**

Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller) | Konto-Nr. | Bankleitzahl

Geldinstitut | PLZ | Ort

Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

Der Vermittler ist – ungeachtet der gegebenenfalls erteilten Abrufermächtigung – gegen Vorlage seines Ausweises berechtigt, die erste Beitragsrate zu kassieren; als Quittung gilt die Durchschrift des Antrages. Gebühren und Nebenleistungen werden nicht erhoben.

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

☐ **Mit meiner Unterschrift gebe ich die umseitig abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en). (Alternative 1)**

☐ **Die umseitig abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Folgen für diese Entscheidung habe ich der Rückseite entnommen. (Alternative 2)**

Ich bin damit einverstanden, dass mir schriftlich und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der DKV gegeben werden ☐ ja ☐ nein. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf der Rückseite abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz) ab.

Ort und Datum | Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

Vom Vermittler auszufüllen:

QUITTUNG

Bei Antragstellung habe ich erhalten:
Beitrag Krankenversicherung . . | . .

Wurden zu den Antragsfragen Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind? ☒ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Unterschrift des Vermittlers

Agentur-Nr.

F. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt
– der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
– der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Für Vermerke der Gesellschaft. A OE-Nummer | % | % | X-Antrag | Z-Antrag | Zugangsweg | Werbehilfe | NGSt. | Kunden-Nummer

VF 713/1 A (7.08) Original DKV, 1. Durchschrift Kunde, 2. Durchschrift Vermittler