

Antrag auf Krankenversicherung

Der Antrag ist nur mit den erforderlichen Unterschriften auf Seite 11 und 15 wirksam.

Service-Nr.	
-------------	--

I. Antragsteller/in = Versicherungsnehmer/in	Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
	Straße, Haus-Nr.			
	Postleitzahl, Wohnort			
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit	
			Wenn versicherungsfreier Arbeitnehmer, versicherungsfrei seit	
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Branche	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:	
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant % Stationär %	
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder			
	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> freie Wirtschaft		Berufsstellung <input type="checkbox"/> N Angestellte/r (leitend <input type="checkbox"/> T) <input type="checkbox"/> B Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> L Auszubildende/r <input type="checkbox"/> A Arbeiter/in <input type="checkbox"/> R Anwärter/in <input type="checkbox"/> S Selbstständige/r <input type="checkbox"/> W Sonstige	
			Inneendienst <input type="checkbox"/> ID ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IK überwiegend körperl. Beanspruchung	
			Außendienst <input type="checkbox"/> AD ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AK überwiegend körperl. Beanspruchung	
II. Beitragszahlung	Bankverbindung für den Einzug von Beiträgen und Überweisung von Versicherungsleistungen. Die Beiträge sollen von nachstehender Bankverbindung bis auf Widerruf mittels SEPA-Lastschrift eingezogen werden. Wenn Beitragseinzug nicht gewünscht, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>			
	IBAN			
	BIC			
	Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht selbst Antragsteller ist		Name Unterschrift	
	Derzeitiger monatl. Gesamttarifbeitrag für die nachstehend beantragten Versicherungen		EUR	
	Für diese Bankverbindung <input type="checkbox"/> ist bereits ein Mandat vorhanden <input type="checkbox"/> ist ein neues/zusätzliches Mandat notwendig (siehe letzte Seite des Antrags)			
III. Zu versichernde Person(en) (Anschrift nur angeben, wenn von Abschnitt I abweichend)	Person 1 = Antragsteller/in		Wird für den/die Antragsteller/in keine Versicherung beantragt, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>	
	Person 2 Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
	Straße, Haus-Nr.			
	Postleitzahl, Wohnort			
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit	
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Branche	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:	
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant % Stationär %	
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder			
	Person 3 Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	

*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Straße, Haus-Nr.				
	Postleitzahl, Wohnort				
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung				
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel	Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort	
	Beihilfeanspruch besteht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:				
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	%	
			Stationär	%	
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht				
	Person 4 Name, Vorname, Titel				
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend				
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft				
	Straße, Haus-Nr.				
	Postleitzahl, Wohnort				
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung				
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel	Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort	
	Beihilfeanspruch besteht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:				
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	%	
			Stationär	%	
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht				
IV. Antragstellung	Ich beantrage den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages (ggf. einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung) für die nachstehend genannte/n Person/en (bitte ankreuzen) nach den jeweils aufgeführten Tarifen.				
	Zu versichernde Person/en	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Versicherungsbeginn	20	20	20	20
	Tarif/e				
	<i>Bei Krankentagegeldtarif: Das Krankentagegeld darf – auch unter Berücksichtigung anderweitiger Kranken(tage)geldansprüche – das durchschnittliche regelmäßige monatliche Nettoeinkommen der zu versichernden Person/en, geteilt durch 30, nicht übersteigen.</i>				
	<i>Die beantragte Karenzzeit (Tarifstufe) muss der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen.</i>				
	<i>Weitere Informationen sind der Zusatz-erklärung 3/23 (für Arbeitnehmer) bzw. 3/24 (für Selbstständige) zu entnehmen, die bei Beantragung einer Krankentagegeldversicherung dem Antrag beigelegt sein muss.</i>				
	<i>Höhe des nach dem Krankentagegeldtarif abzusichernden monatl. Nettoeinkommens:</i>				
		Euro	Euro	Euro	Euro
	Monatsbeitrag in Euro				
	Der Gesamtbeitrag für die beantragte Kranken-/Pflegeversicherung beträgt, vorbehaltlich der Beurkundung im Versicherungsschein, zur Zeit monatlich EUR				
	Bei Tarifen, für die gemäß § 12 Abs. 4a VAG der gesetzliche Zuschlag zur Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge im Alter gezahlt werden muss, ist dieser Zuschlag im genannten Beitrag enthalten.				
	Der genannte Beitrag kann sich jedoch noch um einen Risikozuschlag erhöhen, sofern dieser nach Risikoprüfung durch die Hauptverwaltung zur Mitversicherung von risikoerheblichen Vorerkrankungen erforderlich ist.				
V. Angaben über gestellte Versicherungsanträge	Wurde/n für die zu versichernde/n Person/en jetzt oder früher Kranken- oder Pflegepflichtversicherungsanträge und/oder Anträge auf geförderte ergänzende Pflegeversicherung bei der Debeka oder bei anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt, die nicht oder noch nicht zum Vertragsabschluss geführt haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Tag der Antragstellung	20	20	20	20

*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Grund für Nichtabschluss des Vertrages					
	Wenn Antrag noch in Bearbeitung, Datum der letzten Nachricht					
VI. Angaben über bestehende/ frühere Versicherungsverhältnisse	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	
	• keine Vorversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	• eine gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn „ja“, Name der gesetzlichen Krankenversicherung					
	Pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Freiwilliges Mitglied?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Familienversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Versicherungsbeginn					
	Versicherungsende					
	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	
	• ein Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Beginn des Heilfürsorgeanspruchs					
	Ende des Heilfürsorgeanspruchs					
	• eine private Krankenversicherung **) (auch Debeka-Versicherung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn „ja“, Name der privaten Krankenversicherung					
	Versicherungsbeginn					
	Versicherungsende					
	• eine gesetzliche Pflegeversicherung (auch Debeka-Versicherung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn „ja“, Name der Pflegeversicherung					
	Versicherungsbeginn					
	Versicherungsende					
	Bestehen derzeit Beitragsrückstände bei einer anderen (privaten oder gesetzlichen) Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	**) Eine bestehende Versicherung sollte nicht gekündigt werden, bevor vom Vorstand der Debeka schriftlich die Annahme des Antrags erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wurde.					
	VII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt	Bestehen Kranken(tage)geldansprüche bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
		Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
		Bei welchem Unternehmen?				
		Kranken(tage)geldhöhe in Euro				
	VIII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankenhaustagegeldtarif beantragt	Bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen (auch bei einer Unfallversicherung) oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wenn „ja“, für welche Person?		Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
Bei welchem Unternehmen?						
Krankenhaustagegeldhöhe in Euro						
IX. Zusätzliche Angaben, wenn Tarif mit Zahnleistungen beantragt	Besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
	Bei welchem Unternehmen?					
X. Zusätzliche Angaben, wenn Zusatztarif mit Pflegeleistungen beantragt	Besteht bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen eine Pflegekrankenversicherung (Zusatzversicherung) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
	Bei welchem Unternehmen?					
	Pflegekrankengeld in Euro					

3.2 Heilkuren oder Sanatoriumsbehandlungen?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pers. Nr.	Art der Behandlungsmaßnahme (Heilkur/Sanatoriumsbehandlung) sowie Art der Erkrankungen lt. ärztl. Verordnung (Arzt diagnose)?	von	bis		

4 Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Behandlungen/Untersuchungen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pers. Nr.	Art der Erkrankungen (Arzt diagnose), Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, usw.?	Dauer des Krankenhausaufenthaltes		Ausgeheilt?		Zurückgebliebene Folgen/Beschwerden?			
		von	bis	Ja, seit wann	Nein				
				<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"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

5 Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation, Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung vorgesehen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pers. Nr.	Art der vorgesehenen Behandlungsmaßnahme (ambulante/stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation bzw. Heilkur/Sanatoriumsbehandlung sowie Art der Erkrankungen (Arzt diagnose), Beschwerden, usw.?)	Ab wann (voraussichtlich)?							

6 Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Schäden bzw. Anomalien (wie z. B. Herzfehler, psychische Störungen, Nervenerkrankungen, Augenerkrankungen, Schädigung des Bewegungsapparates, Stoffwechselstörungen usw.), die zu den bisherigen Gesundheitsfragen noch nicht angegeben wurden? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Dienstatfall oder Schwerbehinderung bitte den Anerkennungsbescheid beifügen.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pers. Nr.	Art der Erkrankung usw. (Arzt diagnose)?	Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?							

Zusätzliche Gesundheitsfragen, wenn ein Tarif mit Zahnleistungen beantragt wird Wird ausschließlich ein Tarif beantragt, der nur Zahnleistungen vorsieht, sind auch nur diese zwei Fragen zu beantworten.	7 Ist die zu versichernde Person in zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Kieferorthopädie) bzw. wurde zu einer Behandlung geraten oder ein Kostenvoranschlag/Behandlungsplan erstellt (z. B. auch wegen behandlungsbedürftigen bzw. nicht erhaltungswürdigen Zähnen oder erneuerungsbedürftigem Zahnersatz)?	Person 1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 3 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 4 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																			
	Pers. Nr.	Art der Behandlung (konservierende, prothetische, chirurgische, kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Einsatz von Kronen, Versorgung mit In-/Onlays, Parodontose-Prophylaxe/-Behandlung, Kompositfüllung mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)? Bitte ggf. Kopie des Kostenvoranschlags/Behandlungsplans beifügen.			(voraussichtlicher) Behandlungsbeginn?																																																																			
Zusätzliche Gesundheitsfrage, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt wird	8 Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne geschlossen wurde oder Zähne die sich zurzeit in zahnärztlicher Behandlung befinden oder für die eine zahnärztliche Behandlung geplant ist)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																			
	Bei „ja“ bitte die fehlenden Zähne im nachfolgenden Zahnschema ankreuzen:																																																																							
	Person 1 Oberkiefer rechts Oberkiefer links <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table> Unterkiefer rechts Unterkiefer links		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	Person 2 Oberkiefer rechts Oberkiefer links <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table> Unterkiefer rechts Unterkiefer links		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	Person 3 Oberkiefer rechts Oberkiefer links <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table> Unterkiefer rechts Unterkiefer links		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	Person 4 Oberkiefer rechts Oberkiefer links <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table> Unterkiefer rechts Unterkiefer links		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																
8	7	6	5	4	3	2	1																																																																	
9 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																		
Pers. Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose)?				Beginn der Arbeitsunfähigkeit?																																																																			

Zusätzliche Gesundheitsfrage, wenn eine Pflegeversicherung beantragt wird	10 Besteht zurzeit Pflegebedürftigkeit?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4									
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
Name und Anschrift der Ärzte, . . .	Pers. Nr.	Art der Erkrankung (Arzt diagnose) und festgestellte Pflegestufe?			Beginn der Pflegebedürftigkeit?										
Frage nach Beiblatt	Pers. Nr.	Zur Frage Nr.	Art der Erkrankung (Arzt diagnose)?	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kurheime, Sanatorien, Zahnärzte, Kieferorthopäden usw.											
Frage nach Beiblatt		11 Liegt dem Antrag ein Beiblatt mit weiteren Gesundheitsangaben bei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
XII. Antrag auf Wegfall der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung (gilt nicht für die Tarife BMW-PLUS, BT, EA, EAplus, EA55plus, E.ON-PLUS, EPC, EPG, EZ50, EZ70plus, ST sowie BC und BG bei Zugang zu bestehendem Tarif B bzw. NC und NG bei Zugang zu bestehenden Tarifen N, N-SB, NW, NW-SB und auch nicht für die Pflegeversicherung)	Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung für die zu versichernde/n Person/en. Die Untersuchungskosten übernehme ich. Geht das ärztliche Zeugnis auf einem mir ausgehändigten Formular des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der Debeka ein, bin ich mit der Ableistung der bedingungsgemäßen Wartezeiten einverstanden. Mir ist bekannt, dass dann ein späterer Wartezeiterlass ausgeschlossen ist.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
XIII. Erklärung bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland	Sofern der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt zuletzt im Ausland war: Seit wann ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt (wieder) in Deutschland? <table border="1" style="float: right; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>														

XIV. Erklärungen bei privater Pflegepflichtversicherung nach Tarif PV

Die Erklärungen ab Ziffer 1 sind nur abzugeben, wenn die nachstehende Frage mit „ja“ beantwortet wird.

Bei den nach Tarif PV zu versichernden Personen handelt es sich um Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder und/oder Studenten, Fach-/Berufsfachschüler, Praktikanten? nein ja

Zur privaten Pflegepflichtversicherung für **mich** und ggf. der **mitversicherten** Familienangehörigen erkläre ich Folgendes:

1. Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf jeweils 75 % (für Personen mit Beihilfeanspruch 37,5 %) des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind:

- beide Ehegatten/Lebenspartner sind privat pflegepflichtversichert (Erklärung 1.1 oder 1.2 ist bejaht) **und**
- die PPV besteht mindestens für einen Ehegatten/Lebenspartner seit 1. Januar 1995 ohne Unterbrechung (Erklärung 1.3 ist bejaht) **und**
- ein Ehegatte/Lebenspartner bezieht kein Einkommen oder bezieht nur ein geringes monatliches Gesamteinkommen, das die Einkommensgrenze für die Beitragsbegrenzung nicht übersteigt (Erklärung 1.4 bejaht).

1.1 Beide Ehegatten/Lebenspartner sind bzw. werden bei der Debeka privat pflegepflichtversichert nein ja

1.2 Ein Ehegatte/Lebenspartner ist bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert nein ja

Wenn „ja“, Name des anderen Ehegatten/Lebenspartners:

Name des anderen Krankenversicherungsunternehmens mit Versicherungs-/Vertragsnummer (ein aktueller Nachweis liegt dem Antrag bei):

1.3 Die private Pflegepflichtversicherung besteht mindestens für einen Ehegatten/Lebenspartner seit 1. Januar 1995 ohne Unterbrechung nein ja

1.4 Ein Ehegatte/Lebenspartner bezieht kein Einkommen oder ein geringes monatliches Gesamteinkommen bis zur Einkommensgrenze*) für die Beitragsbegrenzung nein ja

2. Beitragsbefreiung für mitversicherte Kinder

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind:

- für mindestens einen Elternteil besteht ebenfalls die PPV (mindestens ein Elternteil hat PPV bei Debeka oder Erklärung 2.1 ist bejaht) **und**
- das Kind/die Kinder ist/sind **neben der PPV** nicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert (durch Pflichtversicherung, Familienversicherung oder freiwillige Mitgliedschaft) und auch nicht von der Versicherungspflicht in der SPV befreit (Erklärung 2.2, 1. Spiegelstrich ist verneint) **und**
- das Kind/die Kinder ist/sind nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig bzw. der Zeitaufwand für eine solche Tätigkeit liegt unter 18 Wochenstunden (Erklärung 2.2, 2. Spiegelstrich ist verneint) **und**
- das Kind/die Kinder hat/haben keine Einkünfte oder bezieht/beziehen nur ein geringes monatliches Gesamteinkommen, das die Einkommensgrenze für die Beitragsbefreiung nicht übersteigt (Erklärung 2.2, 3. Spiegelstrich ist verneint).

2.1 Sofern kein Elternteil bei der Debeka privat pflegepflichtversichert ist/wird: Für (mindestens) ein Elternteil besteht die private Pflegepflichtversicherung bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen nein ja
Wenn „ja“: Name des/eines anderweitig privat pflegepflichtversicherten Elternteils:

Name des anderen Krankenversicherungsunternehmens mit Versicherungs-/Vertragsnummer (ein aktueller Nachweis liegt bei):

2.2 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er)

– ist/sind nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, oder nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder hat/haben Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI nein ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____

– ist/sind hauptberuflich selbstständig erwerbstätig (Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden) nein ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____

– hat/haben ein monatliches Gesamteinkommen über der Einkommensgrenze *) für die Beitragsbefreiung nein ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____

2.3 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) hat/haben Grundwehr-/Zivildienst abgeleistet (nur für männliche Kinder zu beantworten, die das 25. Lebensjahr vollendet haben) nein ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____

(Ein Nachweis über Beginn und Ende der geleisteten Dienstpflicht liegt bei)

2.4 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) hat/haben (frühestens seit 1. Juli 2011) einen freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, eine Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes abgeleistet (nur für Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; anerkannt wird eine Dienstzeit von maximal zwölf Monaten) nein ja
 Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____
(Ein Nachweis über Beginn und Ende des geleisteten freiwilligen Dienstes liegt bei)

2.5 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) ist/sind wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande, für seinen/ihren Unterhalt selbst zu sorgen nein ja
 Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: _____
(Eine fachärztliche Bescheinigung über Art – genaue Diagnose – und Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung liegt bei)

3. Beitragseinstufung für beitragspflichtige Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB XI

3.1 Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind hauptberuflich selbstständig erwerbstätig (Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden) nein ja
 Wenn „ja“: Name(n) der zu versichernden Person(en): _____

3.2 Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind pflegebedürftig nein ja
 Wenn „ja“, Name(n) der zu versichernden Person(en): _____

(Ein aktueller Nachweis über Einschreibung zum Studium, Fach-/Berufsfachschulbesuch bzw. vorgeschriebenes Praktikum liegt bei)

Bei Anwendung einer Beitragsbegrenzung aufgrund der o.g. Angaben verpflichte ich mich, bei Veränderungen die Debeka zu informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf Beitragsbegrenzung bestand, werde ich die Mehrbeiträge nachentrichten.

*) Als **Gesamteinkommen** gilt hier die Summe der Einkünfte (z. B. aus Dienstbezügen, Gehältern, Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen, Pensionen, Renten – ggf. auch Waisen-/Halbwaisenrente bzw. -geld – und Einkünfte aus selbstständiger Berufstätigkeit), die dem jeweiligen Ehegatten/Lebenspartner bzw. Kind zuzuordnen sind, im Sinne des Einkommensteuerrechts. Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge **nicht** abzuziehen: Der Altersentlastungsbeitrag, 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. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4 f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nicht selbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Im Übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungs- bzw. Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BaföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Anspruch auf **Beitragsbegrenzung** für Ehegatten/Lebenspartner bzw. auf **Beitragsbefreiung** für mitversicherte Kinder besteht, wenn die **Einkommengrenze** nicht überschritten wird. Diese beträgt im Jahr 2014 450 EUR/Monat, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten im Jahr 2014 395 EUR/Monat.

XV. Wichtige Informationen (insbesondere zum Vertragsabschluss, den maßgebenden Vertragsinformationen/Bedingungen, den Wartezeiten und zum Widerspruchsrecht)	1. Unser Mitarbeiter/innen sind nicht berechtigt, irgendwelche Zahlungen entgegen zu nehmen.		
	2. Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern untersagt und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherungsschutz.		
	3. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Vorstand sie schriftlich genehmigt.		
	4. Der Krankenversicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wird.		
	5. Maßgebend für das Versicherungsverhältnis sind die folgenden Vertragsinformationen/Bedingungen, die Sie dem USB-Stick/der CD-ROM unter der jeweils angegebenen Dokument-Nr. entnehmen können.		
	Bezeichnung		Dokument-Nr.
	• Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht		38021122012
	• Satzung		AKV101082008
	• Vertragsinformationen		III8801122013
	• Weitere Vertragsinformationen		310701122012
• Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I: Musterbedingungen, Teil II: Tarif/e mit Tarifbedingungen). Die jeweiligen Musterbedingungen richten sich nach dem/den beantragten Tarif/en.			
Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen für	Dokument-Nr.	
ANWN, B, BC, BG, BMW-Comfort, EA, EAplus, EA55plus, E.ON-Comfort, EZ50, EZ70plus, KHT, N, NC, NG, Nmed, N-SB, NW, NW-SB, WKplus, WL	die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)	BKV101102013	
KG, KT, KTmed	die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)	BKV206092013	
PSKV	die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/PSKV 2009)	BKV501102013	

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen für	Dokument-Nr.
PVB, PVN	die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2013)	BKV601112012
ST	den Standardtarif (MB/ST 2009)	CKV5001102013
EPG	die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013)	BKV2906092013
EPC	die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)	BKV1606092013
Außerdem gelten für den Tarif ARL die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARL)		CKV5501072011
<p>6. Für die Wartezeiten und die Möglichkeiten eines Wartezeiterlasses gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. In der privaten Krankenversicherung beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besondere Wartezeit – für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – acht Monate.</p> <p>7. Beim unmittelbaren Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung ist – nach Annahme des Antrags – für die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine Bescheinigung über die Dauer der ununterbrochenen Vorversicherungszeit erforderlich. Dies gilt analog beim Wechsel aus einer anderen privaten Krankenversicherung mit Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge benötigen wir zur Anrechnung der Dienstzeit auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine entsprechende Dienstzeitbescheinigung.</p> <p>8. Bei neuverheirateten Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person ist für den Erlass der allgemeinen Wartezeit die Heiratsurkunde (gegen Rückgabe oder in Kopie) vorzulegen.</p> <p>9. Ist nach dem/den beantragten Tarif/en der Erlass der Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand möglich und wird dieser Wartezeiterlass gewünscht, muss dies in Abschnitt XII. ausdrücklich beantragt werden.</p> <p>10. Die Nummern 7. bis 9. gelten nicht für die Pflegeversicherung. Auf die Wartezeiten in der privaten Pflegepflichtversicherung wird aber beim unmittelbaren Übertritt aus der sozialen Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen die nachgewiesene Vorversicherungszeit angerechnet.</p> <p>11. Nach § 8 VVG können Sie diesen Antrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nicht vor Zugang des Versicherungsscheins. Eine ausführliche Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.</p> <p>12. Bitte beachten Sie bei der Tarifwahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.</p> <p>13. Die Kündigung einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung wird nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen nur wirksam, wenn dem bisherigen Versicherer bis vor Ablauf der Kündigungsfrist ein Anschlussversicherungsnachweis vorgelegt wird. Diesen Nachweis erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.</p> <p>14. Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.</p> <p>15. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist.</p> <p>Der Monatsbeitrag für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung setzt sich aus einem Eigenanteil des Versicherungsnehmers von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle an die Debeka gestundet.</p>		
XVI. Schluss- erklärungen	<p>1. Meine Unterschrift und Erklärungen gelten für alle von mir beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen.</p> <p>2. Mir ist bekannt, dass Abweichungen vom gültigen Tarifbeitrag nicht möglich sind, und dass bei eventuellen Abweichungen der Tarifbeitrag als beantragt gilt</p> <p>3. Ich bin damit einverstanden, dass der Erstbeitrag nach Ablauf von einer Woche ab Versendung des Versicherungsscheins eingezogen wird, frühestens jedoch unmittelbar zum Versicherungsbeginn. Das Widerrufsrecht nach § 8 VVG bleibt davon unberührt. Mit einem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist, insbesondere bei einer Anschlussversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) an einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung oder an einen Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, bin ich einverstanden.</p> <p>4. Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für den Erhalt der staatlichen Zulage gemäß § 126 SGB XI bei allen zu versichernden Personen vorliegen und dass keine der zu versichernden Personen Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige nach dem Vierten Kapitel SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht oder bezogen hat.</p> <p>5. Ich verpflichte mich, der Debeka alle Änderungen der Verhältnisse, die die Zulageberechtigung nach § 126 SGB XI auslösen oder beenden, unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>6. Hiermit bestätige ich, folgende Unterlagen erhalten zu haben:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Produktinformationsblatt</p> <p>2. <input type="checkbox"/> KV-Beitragsentwicklung und Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG</p>	

3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und weitere Vertragsinformationen in folgender Form:

- Antragsbezogen erstellter Datenträger: CD-ROM oder USB-Stick. Mit dieser Form der Bereitstellung bin ich einverstanden.
- nachträgliche Informationen (nur in Ausnahmefällen mit gesonderter schriftlicher Verzichtserklärung)

Vergewissern Sie sich bitte, ob alle Angaben vollständig und richtig sind – insbesondere die Angaben über die Gesundheitsverhältnisse in Abschnitt XI. –, da Sie dafür verantwortlich sind. Hinsichtlich der Gesundheitsangaben verweisen wir ausdrücklich auf den davor stehenden hervorgehobenen Hinweistext. Ihre Angaben sind Grundlage unserer Antragsprüfung. Dies gilt auch bei einem Probeantrag. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt.

Darüber hinaus sind die gesondert abzugebenden Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung (Seiten 12 bis 15) Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Unterschrift der zu versichernden Person(en), falls nicht selbst Antragsteller (ab 16 Jahre)

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist. allein sorgeberechtigt

Telefon/Telefax

- privat
 dienstlich

Datum und Unterschrift des (der) Vermittler(s)

Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung

Bedeutung und Widerrufsmöglichkeit nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Zwecke der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden Debeka genannt), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, zu Ihrer Beratung und Information, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht sowie zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Grundlagen der Datenverarbeitung

Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung (Verwendung) personenbezogener Daten ist zulässig, wenn dies ein Gesetz erlaubt oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Damit Sie umfassend und lückenlos über die Verwendung Ihrer Daten informiert sind, umfasst die Einwilligungserklärung im Abschnitt „Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten“ sowohl die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Name, Alter, Anschrift) auch für solche Fälle, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht ausdrücklich verlangt, als auch die Befugnisse zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Nach den Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften ist die Verwendung von Gesundheitsdaten ohne Einwilligung nur in bestimmten Fällen zulässig, etwa zum Zwecke der Gesundheitsvorsorge und -versorgung oder zur Geltendmachung rechtlicher Ansprüche. Deshalb umfasst die Einwilligungserklärung im Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und enthält insbesondere auch Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht im Zusammenhang mit der Risikobeurteilung. Sofern Gesundheitsdaten zur Prüfung der Leistungspflicht bei Dritten erhoben oder diese an Dritte weitergegeben werden müssen, holen wir in besonderen Fällen erneut eine Schweigepflichtentbindungserklärung ein.

Wirksamkeit dieser Erklärungen

Diese Erklärungen sind mit Zugang bei uns wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ihre Rechte

Sie haben nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf:

- Auskunft über die zu Ihrer Person bei uns gespeicherten Daten (bitte die Art der personenbezogenen Daten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnen), deren Herkunft und den Zweck der Speicherung,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung Ihrer Daten, soweit gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen oder eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist,
- Sperrung, in den Fällen, in denen Daten aus den genannten Gründen nicht gelöscht werden dürfen.

Sie können

- uns die Übermittlung persönlicher Daten an Dritte untersagen, soweit dies nicht für die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt,
- der Weitergabe Ihrer Daten an unsere Vermittler (dies sind grundsätzlich im Angestelltenverhältnis tätige hauptberufliche Vermittler) zu Betreuungs- und Beratungszwecken sowie
- der Nutzung Ihrer Daten für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe widersprechen.

Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragstellung genannt habe.
3. zur Führung gemeinsamer Datensammlungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Angebotserstellung, Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder der Beitragszahlungen sowie der Anrufbearbeitung im Servicecenter). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Service- und Vertragsnummer, Bankverbindung, Art der bestehenden Verträge und sonstige Kontaktdaten. Der Debeka-Gruppe gehören derzeit folgende Unternehmen an: Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Bausparkasse AG, Debeka Rechtsschutz-Schadenabwicklung GmbH, Debeka Pensionskasse AG, prorente-Debeka Pensions-Management und Kooperations-GmbH, Debeka Unterstützungskasse e. V.
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
5. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung gemeinsamer Datensammlungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe für Betrugsfälle. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
6. zur Beratung, Information und Antragsvermittlung von Versicherungsprodukten oder sonstigen Finanzdienstleistungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe. Zu diesem Zweck dürfen sie an den für mich zuständigen Vermittler weitergegeben werden.
7. zur Einholung von Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung bei den anderen Unternehmen der Debeka-Gruppe oder durch die Beauftragung von Auskunftsteilen (z. B. infoscore Consumer Data GmbH, SCHUFA).

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Vorversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Debeka, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein. Eine Ausnahme findet sich in den Regelungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke (siehe Punkt 2).

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

2.1 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Abschnitts „Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten“ Ziffer 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Ziffer 4 (Rückversicherung) und Ziffer 6 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

Im Rahmen der Beratung und Information (Abschnitt „Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten“ Ziffer 6.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

2.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit den Versicherer von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme

Änderungen privater Lebensumstände oder gesetzlicher Vorgaben machen eine ständige Überprüfung des Versicherungsschutzes oder der Finanzdienstleistungsverträge erforderlich. Dabei bilden regelmäßige Informationen zu Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukten bzw. zu Entwicklungen im Versicherungs- und Finanzdienstleistungsbereich die Grundlage für eine fundierte Entscheidung über einen angemessenen Versicherungsschutz und den persönlichen Verhältnissen entsprechende Finanzdienstleistungen. Damit wir Sie in Fragen zu Versicherungs- oder Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe* auf dem Laufenden halten können, benötigen wir die nachfolgende Einwilligung.

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und für einen Vertragsschluss nicht erforderlich. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und auch nach Beendigung eines etwaig geschlossenen Vertrags fort. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Debeka-Gruppe* sowie einzelnen Gesellschaften der Debeka-Gruppe* widerrufen werden.

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
1					
2					
3					
4					

Ich gestatte der Debeka-Gruppe* bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich auch telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe* zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Weg Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe* zu unterbreiten. Meine Kontaktdaten dürfen von der Debeka-Gruppe* zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme per Telefon und mittels elektronischer Post nicht einverstanden.

*Gesellschaften der Debeka-Gruppe sind:

Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Pensionskasse AG, Debeka Bausparkasse AG, prorente-Debeka Pensions-Management und Kooperations-GmbH, Debeka Unterstützungskasse e. V.

Einwilligung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz an die Finanzbehörden

Seit 2010 können Beiträge zur privaten Krankenversicherung abhängig vom Versicherungsschutz zumindest anteilig als Vorsorgeaufwendungen unbeschränkt geltend gemacht werden; Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe abzugsfähig. Voraussetzung der Steuerminderung ist allerdings, dass wir die steuerlich begünstigten gezahlten und erstatteten Beiträge unter Verwendung Ihrer Steuer-Identifikationsnummer sowie Ihrer Debeka-Service-Nummer gemäß amtlich vorgeschriebenen Datensatzes an die Deutsche Rentenversicherung Bund melden. Diese wird die Daten an die Finanzverwaltung weiterleiten.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag beim Finanzamt stellen, kann Ihr Dienstherr/Arbeitgeber auf die Daten bei der Finanzverwaltung zugreifen, um die abzugsfähigen Beiträge bereits bei der Lohnsteuer zu berücksichtigen.

Damit wir die steuerlich begünstigten gezahlten und erstatteten Beiträge unter Verwendung Ihrer Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung übermitteln dürfen, benötigen wir Ihre folgende Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die steuerlich begünstigten Beiträge unter Verwendung der Steuer-Identifikationsnummer sowie meiner Service-Nummer gemäß amtlich vorgeschriebenen Datensatzes an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt. Ohne die Einwilligung können meine Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht unbeschränkt steuermindernd berücksichtigt werden. Dies gilt auch, wenn ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Steuer-Identifikationsnummer(n) (TIN) der zu versichernden Person(en):

(Bitte nicht die eTIN *) laut Lohnsteuerbescheinigung angeben)

TIN										Für (Name, Vorname)

***) Die eTIN besteht im Gegensatz zur Steuer-Identifikationsnummer (TIN) aus einer Ziffern- und Buchstabenfolge.**

Einwilligung in die Datenverarbeitung sowie für die Datenübermittlung zwischen dem Betreiber des Gesundheitstelefon und dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bei Versicherung nach Tarif EPC und/oder EA55plus

Um Ihnen einen besseren Service anbieten zu können, stellen wir Ihnen über unseren Kooperationspartner ein Gesundheitstelefon bereit. Den aktuellen Anbieter des Gesundheitstelefon können Sie unserer Internetseite entnehmen. Sie haben die Möglichkeit zu ausgewählten Themen eine telefonische Beratung oder den Terminvereinbarungsservice in Anspruch zu nehmen. Sofern Sie von diesen Serviceleistung Gebrauch machen, werden bei Ihrem Anruf Ihre personenbezogenen Daten von dem Betreiber des Gesundheitstelefon erhoben und verarbeitet. Je nach Anliegen können auch Gesundheitsdaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass, sofern ich den Service des Gesundheitstelefon nutze, der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten und, soweit erforderlich, die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken an die Debeka übermittelt.

Weiterhin ist mir bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon die allgemeinen personenbezogenen Daten und ggf. von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung an die Debeka übermittelt. Ich befreie zu den vorgenannten Zwecken den Betreiber des Gesundheitstelefon von seiner Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten.

Bevollmächtigung zur Datenübermittlung nach § 128 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Bei der seit Januar 2013 staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung wird derjenige, der eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung abschließt, mit einer staatlichen Förderung belohnt. Die Förderung geschieht dabei auf direktem Wege. Voraussetzung dafür ist, dass die Zulage für die zulagenberechtigte Person entsprechend dem in § 128 SGB XI beschriebenen Verfahren mittels amtlich vorgeschriebenem Datensatz bei der Deutschen Rentenversicherung Bund beantragt wird. Hierfür benötigen wir folgende Vollmacht.

Ich bevollmächtige den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., meine Zulage für die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung für jedes Beitragsjahr bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beantragen. Hierzu werden gemäß amtlich vorgeschriebenem Datensatz meine Daten an die Zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt. In diesem Zusammenhang wird auch die Zulagenummer (= Rentenversicherungsnummer) übermittelt.

Sofern noch keine Zulagenummer (= Rentenversicherungsnummer) besteht, bevollmächtige ich den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zulagenummer für mich zu beantragen.

Besteht bereits bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. eine geförderte Rentenversicherung willige ich ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die im Rahmen der geförderten Rentenversicherung gespeicherte Rentenversicherungsnummer bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. erhebt und im Rahmen der förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung nutzt.

Zur Beantragung der Zulage benötigen wir für alle versicherten Personen mit geförderter ergänzender Pflegeversicherung folgende Angaben:

	Name, Vorname Geburtsname, sofern abweichend vom Namen	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Zulagenummer (Rentenversicherungsnummer) *)
1				
2				
3				
4				

*) Bitte Zulagenummer (= Rentenversicherungsnummer) angeben, wenn bekannt (z. B. auch aus einer bei einem anderen Versicherungsunternehmen abgeschlossenen geförderten ergänzenden Pflegeversicherung).

Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich **auch** für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Unterschriften zum Antragsteil „Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung“

Ohne die nachfolgend vorgesehene/n Unterschrift/en kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Datum, Unterschrift der volljährigen mitzuversichernden Person(en)

Datum, Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person(en) – bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragssteller minderjährig ist allein sorgeberechtigt

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Mandat für wiederkehrende Lastschriften für die **Debeka Versicherung**

Debeka Koblenz, Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56058 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE54 DBK 000000 54093**

Ich ermächtige die Debeka Koblenz, Zahlungen sowie etwaige Rückbelastungsgebühren von meiner Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Debeka Koblenz auf meine Bankverbindung gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags bei meinem Kreditinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der die Abbuchung vorab angekündigt wird, auf mindestens drei Werktage verkürzt wird.

Falls sich meine Daten ändern, benachrichtige ich umgehend die Debeka Koblenz.

Bankverbindung

IBAN

BIC Kreditinstitut

Kontoinhaber

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift