

## Krankenversicherungsantrag – Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

<b>Antragsteller</b> (Versicherungsnehmer)		Neuantrag <input type="checkbox"/>	Veränderungsantrag <input type="checkbox"/>	BD/Vers.Nr.: <input type="text"/>
Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Titel	<input type="text"/>		Geburtsdatum	Staatsang. <input type="text"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. verw. <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		<input type="text"/>		Private Telefon-Nr. mit Vorwahl *)
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *)
Postleitzahl	Wohnort	Mobil-Telefon-Nr. *)		E-Mail-Adresse *)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)				
<input type="text"/>				
*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen				
Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Berufsstellung: <input type="checkbox"/> (bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner				

Zu versichernde Personen		Geschlecht		Geburtsdatum		Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		Berufsstellung (Ziffer siehe oben)	
Pers.	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller)	männl.	weibl.						
1	Antragsteller oder <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<b>Beantragte Versicherung</b>	monatl. Beitrag EUR	monatl. Beitrag EUR	monatl. Beitrag EUR
<b>Barmenia Komfort-Tarif ZGPlus</b>	Person 1: <input type="text"/>	Person 2: <input type="text"/>	Person 3: <input type="text"/>
Beginn: <input type="text"/> 01.			

Sonstige Krankenversicherungen – Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen?											
Für		a) besteht seit		Vers.-Pflicht		Für		a) besteht seit		Vers.-Pflicht	
Pers.	nein ja	Krankenkasse/Versicherer	b) bestand von – bis	nein ja	Pers.	nein ja	Krankenkasse/Versicherer	b) bestand von – bis	nein ja	nein ja	nein ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen** - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung a. G. vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern (**beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG ...“**).

1. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <u>Wichtiger Hinweis:</u> Laufende und angeratene zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.	<b>Person 1:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Person 2:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Person 3:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Fehlende Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>

**Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.**

Person	Frage	Einzelheiten, z. B. Untersuchungsergebnisse, welche Zähne zu behandeln sind.	Von wann bis wann?	Operation nein ja	Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

**Beitragsabruf.** Ich ermächtige den Versicherer, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe)	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer (kein Sparkonto)	Falls Kontoinhaber nicht Antragsteller, Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und auf der Antragsfolgeseite die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Diese enthalten neben anderen wichtigen Erklärungen auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen/Hinweise zum Inhalt dieses Antrages.**

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

Datum	Antragsteller	Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller	Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen.

Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G., Kronprinzenallee 12 - 18, 42094 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.

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.

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

**1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes** - Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung

der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

**2. Kündigung** - Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

**3. Vertragsänderung** - Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

**4. Ausübung unserer Rechte** - Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

**5. Stellvertretung durch eine andere Person** - Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Schlusserklärungen

des Antragstellers und der zu versichernden Person/en

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

### Zu-Stande-Kommen des Vertrages

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. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

### Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, 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 zehn Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen des vorgenannten Personenkreises bzw. der vorgenannten Institutionen, 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-, Lebens- 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.

Der Versicherer wird mich über eine vorgesehene Erhebung von Gesundheitsdaten unter Hinweis auf das Widerspruchsrecht unterrichten.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit verlangen kann, dass eine Erhebung von Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.

### Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermitteln. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zu-Stande-Kommen der Verträge 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 Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Anlage zu diesem Antrag, auf Wunsch auch erst mit dem Versicherungsschein überlassen wird.

### HINWEISE

#### Durchschrift des Antrages

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

#### Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:

Postfach 06 02 22, 10052 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.