

KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Neuantrag Veränderungsantrag BD/Vers.Nr.: _____

Herr Frau Name, Vorname, Titel _____ Geburtsdatum _____ Staatsang. ledig verh. gesch. verw.

Straße, Hausnummer _____ private Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____ dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____ Mobil-Telefon-Nr. *) _____ E-Mail-Adresse *) _____

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) _____ *) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.
Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden. ja nein

Berufsstellung: (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

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

Zusätzliche Angaben bei Krankheitskosten-Vollversicherung bzw. Pflegepflichtversicherung:

Pers.	persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)	Keine Einwilligung bzw. Widerruf
1	_____	für Person 1 <input type="checkbox"/>
2	_____	für Person 2 <input type="checkbox"/>
3	_____	für Person 3 <input type="checkbox"/>

Hinweis: Bitte beachten Sie in den Antragsschlussfolgerungen die „Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden“. Falls Sie diese Einwilligung nicht erteilen bzw. eine bestehende Einwilligung widerrufen, kann dies mit Nachteilen (verminderte steuerliche Abzugsfähigkeit von Versicherungsbeiträgen) verbunden sein.

Beantragte Krankenversicherung	Person 1			Person 2			Person 3		
	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR
Beginn <input type="text" value="01."/>									
Kostensatz (Ambulante Behandlung, Krankenhausbehandlung, Zahnbehandlung und -ersatz; je nach Tarif)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kuren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesetzlicher Zuschlag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiseversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tagegeld									
- Krankenhaus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Arbeitsunfähigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Pflege (Ergänzung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beitragermäßigung im Alter	EB Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EB Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EB Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung gesamt		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entfallende Tarife	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Fragen zur Krankentagegeldversicherung

Person <input type="checkbox"/>	Person <input type="checkbox"/>
1. Haben Sie (a) ein Ladengeschäft, (b) einen Gewerbebetrieb, (c) eine Praxis oder (d) einen sonstigen freien Beruf?	Art: a, b, c, d seit wann? _____ Anz. Mitarbeiter _____
2. Besteht Anspruch auf Gehalts-/Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, wie lange?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tage _____ für _____

Beantragte Pflegepflichtversicherung - Beginn

Pers.	Tarif	Beitragsrate monatlich EUR	Bisherige private Pflegeversicherung Versicherer	ununterbrochen seit	Monatliches Gesamteinkommen *) höher als Einkommensgrenzwerte?	Ehegatten-/Lebenspartner Beitragsbegrenzung? *)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

*) Eine Beschreibung der Voraussetzungen einer Beitragsfreiheit für Kinder und einer Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner finden Sie auf den Folgeseiten unter der Rubrik „**Weitere Hinweise**“. Dort finden Sie auch Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens und zu den in diesem Zusammenhang relevanten „Einkommensgrenzwerten“ = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2010: 365 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 400 EUR.

Beitragsfreiheit für Kinder

Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für die Person(en) _____ und bestätige, dass das monatliche Gesamteinkommen dieser Person(en) nicht über den Einkommensgrenzwerten = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2010: 365 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 400 EUR - liegt.

Besondere Vereinbarungen

Ich beantrage folgende Vereinbarung: _____

Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.

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

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe) _____ Bankleitzahl _____

Kontonummer (kein Sparkonto) _____ Falls Kontoinhaber nicht Antragsteller: Name, Vorname und _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Sonstige Krankenversicherungen und Ansprüche der zu versichernden Personen

1. Bestehen oder bestanden **gesetzliche** Krankenversicherungen?

Für	Pers.		Krankenkasse	von	bis	Vers.-Pflicht		Kr.-Geld	
	nein	ja				nein	ja	nein	ja
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist ein Antrag auf Krankenversicherung derzeit anderweitig gestellt oder wurde ein solcher Antrag vom Versicherer abgelehnt, zurückgestellt oder mit Beitragszuschlag bzw. Leistungsausschluss angenommen?

nein ja Person, Versicherer, Einzelheiten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

2. Bestehen oder bestanden **private** Krankenversicherungen?

Für	Pers.		Versicherer, Tarife, Höhe des Krankentagegeldes, Krankentagegeldes u. Pflegezeitgeldes	von	bis
	nein	ja			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. Besteht Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe im Krankheitsfall?

Für	Heilfürsorge		Beihilfe im Krankheitsfall		Bund/Land	%
	nein	ja	nein	ja		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<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 ...“ auf der Folgeseite).

Gegenwart

- Körpergröße und Körpergewicht:
- Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?
- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?
Bitte eine Kopie des Mutterpasses beifügen.
- Besteht eine Fehlsichtigkeit?
- Besteht eine HIV-Infektion?
- Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?
- Besteht eine anerkannte Behinderung? **Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.**

Person 1

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 2

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 3

cm kg
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Vergangenheit

- Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?
- Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?
- Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?
- Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?

nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

nein ja
 nein ja
 nein ja
 nein ja

Zukunft

12. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?

nein ja

nein ja

nein ja

Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:

- Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? **Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.**
- Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:

nein ja
 Anzahl:

nein ja
 Anzahl:

nein ja
 Anzahl:

Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind. (Zu den Fragen 8. bis 11. brauchen für bereits versicherte Personen Einzelheiten über Krankheiten oder Behandlungen nicht angegeben zu werden, die der Barmenia Krankenversicherung a. G. durch Leistungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt sind.)

Zu Pers. Nr.	Zu Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Beschwerden, Unfallfolgen, Arzneimittel und Dosierung, Untersuchungsergebnisse, zu behandelnde Zähne	Operation	ambulante Behandlungen von - bis	stationäre Behandlungen von - bis	ausgeheilt ja, seit nein	Anzahl der AU-Tage	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<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"/>		
<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"/>		

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 (bitte auch unterschreiben) als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie diese Anträge unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und 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 dieser Anträge.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum Antragsteller Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller

Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

Hiermit erkläre ich, dass die an den Anträgen beteiligten Personen die Unterschrift in meiner Gegenwart eigenhändig geleistet haben.
 Antragsvermittler / Telefon
 Register-Nr.:

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 vorvertrag-

liche 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 Gefahrabsticherung 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.

Schlussfolgerungen

des Antragstellers und der zu versichernden Personen zum jeweiligen Antrag.

Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Widerrufsrecht

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem ihm der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die von § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Informationen sowie eine ordnungsgemäße Belehrung in Textform über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen zugewandt sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Barmenia Krankenversicherung a. G., Kronprinzenallee 12-18, 42094 Wuppertal, Fax 02 02 / 4 38 28 46, E-Mail info@barmenia.de

Bei wirksamem Widerruf ist der Versicherungsnehmer an seine Vertragserklärung nicht mehr gebunden. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrages zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge erhält der Versicherungsnehmer zurückerstattet.

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.

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Barmenia Krankenversicherung a. G. den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Hinweis: Die Einzelheiten zum Verfahren der Datenübermittlung sowie zur Einwilligung und zum Widerrufsrecht des Steuerpflichtigen ergeben sich aus § 10 Einkommensteuergesetz.

HINWEISE

Durchschrift des Antrages

Eine Durchschrift der Versicherungsanträge wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung der Anträge sofort ausgehändigt.

Bedingungsgemäßer Wartezeiterlass in der Krankenversicherung

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

Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung

Für die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherungen wird der Vertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, für die Pflegezeitgeld- und Krankentagegeldversicherungen für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet: 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.

WEITERE HINWEISE zur Pflegepflichtversicherung

Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung
Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es besteht keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung;
- es liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vor;
- es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung;

- es wird keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt;
- es wird kein Gesamteinkommen erzielt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2010: 365 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit von Kindern:

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Ohne Altersgrenze beitragsfrei versichert sind behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten.

Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner

Ehe-/eingetragene Lebenspartner haben Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn beide privat pflegeversichert sind und mindestens einer seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegeversichert ist. Außerdem darf einer der beiden kein Gesamteinkommen erzielen, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2010: 365 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens

Zum Gesamteinkommen rechnen die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Vom Gesamteinkommen nicht abzuziehen sind: Der Altersentlastungsbetrag, 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. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen (z. B. Zinszahlungen) sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend.

Nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschafts-/Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BaFöG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.