

**Kranken- und Lebensversicherungsantrag**

– Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

<b>Antragsteller/in</b> (Versicherungsnehmer/in)		Geburtsdatum		Staatsang.		ledig verh. gesch. verw.	
Herr	Frau	Name, Vorname, Titel	private Telefon-Nr. mit Vorwahl*)		dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl*)		
Straße, Hausnummer		*) 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		
Postleitzahl	Wohnort		Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		Berufsstellung		
Berufsstellung: Selbstständige/r = 1 Beamtin/Beamter = 2 Arbeitnehmer/in fr. Wirtsch. = 3 Arbeitnehmer/in ö. D. = 4 in Ausbildung = 5 Hausfrau/-mann = 6 ⚔ und ⚔							

Zu versichernde Personen		Geschlecht	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung
Pers.	Vorname, auch Name falls abweichend von Antragsteller/in	männl. weibl.			
1	Antragsteller/in oder				
2					
3					
4					

**Beantragte Ergänzungsversicherung - Beginn** 0 1.  **Krankenversicherung (Barmenia Krankenversicherung a. G.)**

**gut versichert ...**

... beim Arzt/Heilpraktiker  **AN**

... beim Zahnarzt  **ZG** oder  **AZ**

... im Krankenhaus  **S** oder  **SW**

... bei Arbeitsunfähigkeit  **KH**

... im Pflegefall  **PT1** oder  **PT3**

Krankenversicherung insgesamt

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4				
				Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR

**Beantragte Sterbegeldversicherung - Beginn** 0 1.  **Lebensversicherung (Barmenia Lebensversicherung a. G.)**

**ohne Gesundheitsfragen**

**gut versichert ...**

... für den letzten Weg  **100N/200N**

Beim Tod der versicherten Person (außer bei Unfalltod) werden in den ersten drei Versicherungsjahren nur die gezahlten Beiträge fällig. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, - für die bereits eine Einstufung in eine Pflegestufe der Pflegepflichtversicherung erfolgt ist oder beantragt wurde oder - für die bereits eine Versicherung auf ihr Leben von der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer abgelehnt wurde.

**Empfänger der Versicherungsleistungen** - Im Todesfall der versicherten Person ist bezugsberechtigt:

Person 1: Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

Person 2: Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

Person 3: Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

Person 4: Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

**Besondere Vereinbarungen** - Ist ein Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig (z. B. bedingungsgemäßer Wartezeiterlass)?

Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.

nein  ja

**Sonstige Versicherungen** - Bestehen oder bestanden folgende Versicherungen bei anderen Versicherern?

a) Gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherungen?								b) Lebensversicherungen?							
Für Pers.	kein	ja	Krankenkasse / Versicherer, Tarife, Höhe des Kranken- und Pflegetagegeldes	a) besteht seit b) bestand von – bis	Vers.-Pflicht	kein	ja	Kr.-Geld	kein	ja	Für Pers.	kein	ja	Versicherer	Vers.-Summe insges. EUR
1											1				
2											2				
3											3				
4											4				

**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/in nicht Antragsteller/in, Name, Vorname und  Unterschrift des Kontoinhabers

**Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen**

(Zum beantragten Tarif ZG oder AZ ist nur die Beantwortung der Fragen Nrn. 4a u. 4b erforderlich)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Bestehen zurzeit Krankheiten oder Beschwerden?	<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
2. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
3. Haben in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen bzw. Untersuchungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<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
4a. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt?	<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
4b. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind?	<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

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

Pers.	Frage Nr.	Einzelheiten, z.B. Diagnosen, Arzneimittel u. Dosierungen, Untersuchungsergebnisse, welche Zähne zu behandeln sind bzw. fehlen	Von wann bis wann?	Operation	nein	ja	Namen und Anschriften der Behandler (z. B. Ärzte, Heilpraktiker), Krankenhäuser usw.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zu den Anträgen vorzunehmen, und das nebenstehende Feld ist anzukreuzen.

**Besondere Bedingungen** Ich beantrage für folgende Person/en  die „Besonderen Bedingungen“ zu der beantragten Tarifkombination (AN+S oder AN+SW oder S+ZG oder SW+ZG).

**Beitragszuschlag (Tarif AN)** Mit einem Beitragszuschlag von 2,50 Euro je zu versichernder fehlsichtiger Person bin ich einverstanden.

**Bevor Sie diese Anträge unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Personen. Diese enthalten neben anderen wichtigen Erklärungen auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieser Anträge.**

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

Datum  Antragsteller/in  Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller/in  Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller/in minderjährig ist

BD/Vermittler-Nr.:

### Schlusserklärungen

des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Person/en

**- Zum jeweiligen Antrag -**

#### Beantwortung der Antragsfragen

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

#### Annahmefrist und Widerspruchsrecht

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Ich kann dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen (bei einem Antrag auf eine Lebensversicherung bis zum Ablauf von 30 Tagen) nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucher-informationen widersprechen. Wenn ich den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhalte und nicht rechtzeitig widerspreche, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

#### Versicherungsbedingungen

Für die Krankenversicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Für die Lebensversicherung gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Kapital bildende Lebensversicherung. Sie werden mir mit dem Versicherungsschein übersandt, auf meinen Wunsch auch bei Antragstellung ausgehändigt oder unverzüglich danach zugeschickt.

#### Entbindung von der Schweigepflicht

a) Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, 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 Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung. Bei einer beantragten Lebensversicherung endet sie drei Jahre (bei einer HIV-Infektion zehn Jahre) nach Antragstellung.

b) Für eine beantragte Krankenversicherung erkläre ich noch Folgendes: Mir ist ferner bekannt, dass die Versicherer zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüfen, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste,

Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, 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 Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, 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.

c) Für eine beantragte Lebensversicherung erkläre ich noch Folgendes: Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – einschließlich der Sozialversicherungsträger – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

#### Datenschutz

Ich willige ein, dass der 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 Krankenversicherer e. V. und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zu-Stande-Kommen des Vertrages 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 Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss, auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

**- Zusätzlich zum Antrag auf Krankenversicherung**

#### Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand und/oder – soweit eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch.

#### Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zu Stande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt wird. Bei Ablehnung des Antrages wird ein bereits kassierter Beitrag zurückgezahlt. Bei fristgemäß angemeldeten Neugeborenen entsprechend § 2, Abs. 2 MB/KK 94 kommt die Versicherung bereits mit Zugang der Anmeldung zu Stande.

#### 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.

**- Zusätzlich zum Antrag auf Lebensversicherung**

#### Höhe des Rückkaufwertes

Mir ist bekannt, dass die Beiträge bei Kapital bildenden Lebensversicherungen mit laufender Beitragszahlung zunächst zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle, der Abschlusskosten und der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Lebensversicherung in den ersten Jahren kein oder nur ein niedriger Rückkaufswert an. Über die Entwicklung der garantierten Rückkaufwerte gibt eine dem Versicherungsschein beigefügte Tabelle Auskunft.

#### Überzahlung der versicherten Leistung

Unter Umständen können in Abhängigkeit z. B. von der Versicherungsdauer, der Beitragszahlungsweise oder der Höhe der versicherten Leistungen die zu zahlenden Beiträge in ihrer Gesamtheit die versicherte Leistung übersteigen.

#### Hinweise

#### Durchschrift des Antrages

Eine Durchschrift der Versicherungsanträge verbleibt beim Antragsteller / bei der Antragstellerin.

#### 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. 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, spätestens aber an dem Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 21 Tagen.

#### Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung

Für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen wird der Vertrag für die Dauer von 3 Versicherungsjahren, für die Pfl egetagegeld- und Krankentagegeldversicherungen für die Dauer eines Versicherungsjahres abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

#### Wechsel des privaten Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden privaten Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

#### Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin.

Die Anschrift des Ombudsmannes für Lebensversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin.

#### Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

#### Sicherungsfonds für die Lebensversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Friedrichstraße 191, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Barmenia Lebensversicherung a. G. gehört dem Sicherungsfonds an.

#### Hinweise zur Krankenversicherung

Beihilfeberechtigte Personen (Berufsstellung = 2) können nur nach den Tarifen KH und PT1 und PT3 versichert werden.

#### Tarifbeschreibung zur Sterbegeldversicherung

**Tarife 100N** (Männer) und **200N** (Frauen): Versicherung auf den Todesfall. Die Versicherungssumme wird fällig beim Tod der versicherten Person. Die Beiträge sind längstens bis zum Ende des Versicherungsjahres zu zahlen, in dem die zu versichernde Person das 85. Lebensjahr vollendet. Stirbt die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, werden – außer bei Unfalltod – nur die gezahlten Beiträge zurückgezahlt.

Barmenia Krankenversicherung a. G.

Vorstand: Dr. h. c. Josef Beutelmann (Vorsitzender), Dr. Andreas Eurich, Norbert Lessmann, Heinz-Werner Richter, Martin Risse Aufsichtsratsvorsitzender: Günter Völker, Rechtsform des Unternehmens: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit; Sitz: Wuppertal; Amtsgericht Wuppertal HRB 3871

Barmenia Lebensversicherung a. G.

Vorstand: Dr. h. c. Josef Beutelmann (Vorsitzender), Dr. Andreas Eurich, Norbert Lessmann, Heinz-Werner Richter, Martin Risse Aufsichtsratsvorsitzender: Günter Völker, Rechtsform des Unternehmens: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit; Sitz: Wuppertal; Amtsgericht Wuppertal HRB 3854