

Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung



Änderungsantrag

Für AO/MA/SAD

Für Makler, Mehrfachagenten

Bestehende Versicherungsnummer

1
VD-AGT-Nr.

0
GKR-AGT-Nr.

AN204734

Antragsteller/
Versicherungsnehmer
(VN)

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

VN ist VP

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche angestellt öffentlicher Dienst selbstständig ohne Beschäftigung Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Zu versichernde Person 1

(VP)
Wenn VN = VP hier bitte keine Angaben machen!

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche angestellt öffentlicher Dienst selbstständig ohne Beschäftigung alleinstehend verheiratet/zus.lebend abweichende Anschrift (**immer** angeben Beiblatt 211377 ist beizufügen) Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Zu versichernde Person 2

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche angestellt öffentlicher Dienst selbstständig ohne Beschäftigung alleinstehend verheiratet/zus.lebend abweichende Anschrift (**immer** angeben Beiblatt 211377 ist beizufügen) Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Für Beantragung Beihilfe

VP Für die **Beantragung von Beihilfetarifen** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

1 Beihilfeberechtigter Versorgungsempfänger berücksichtigungsfähiger Ehepartner berücksichtigungsfähiges Kind Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

2 Beihilfeberechtigter Versorgungsempfänger berücksichtigungsfähiger Ehepartner berücksichtigungsfähiges Kind Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

Für Beantragung Krankentagegeld und/oder KV-Vollversicherung für Selbstständige

Für die **Beantragung eines Krankentagegeldes bzw. einer Krankheitskostenvollversicherung für Selbstständige** bitte **immer** die folgenden Angaben machen. **Wichtiger Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift unter dem Antrag bestätigen Sie, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Bruttoeinkommen ./. Steuern) nicht übersteigt.**

1 angestellt selbstständig nur aufsichtsführend auch mitarbeitend Wochen Gehaltsfortzahlung selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern

2 angestellt selbstständig nur aufsichtsführend auch mitarbeitend Wochen Gehaltsfortzahlung selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 2 0
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarifen – ausgenommen bei Tarif PSKV – wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 Euro.**

Versicherungsumfang und Beitragsberechnung

VP	Tarifname	Monatlicher Beitrag	Gesetzlicher Zuschlag	Medizinischer Wagnisausgleich	Monatlicher Gesamt-(Mehr)Beitrag
1			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
	<input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB		+	+	=
	<input type="checkbox"/> MediTravel Single 6 Wochen		+	+	=

Für Tarif MediVita

Ich trage Sehhilfen und möchte dafür Leistungen (Zuschlag 5 EUR mtl.) keine Leistungen

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 1 ▶

2			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
			+	+	=
	<input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB		+	+	=
	<input type="checkbox"/> MediTravel Single 6 Wochen		+	+	=

Für Tarif MediVita

Ich trage Sehhilfen und möchte dafür Leistungen (Zuschlag 5 EUR mtl.) keine Leistungen

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 2 ▶

Tarifabgang VP 1 VP 2 **Monatlicher Gesamtbeitrag** ▶

Angaben zum Gesundheitszustand

Sofern Sie während des Vertragsverhältnisses durch schriftliche Erklärungen und Leistungsanträge **bereits vollständige Informationen** zu den **Fragen 2. -4. und 7.-13.** gegeben haben, müssen diese nicht wiederholt werden. **Die Fragen 1., 5. sowie 6. (Ausnahme Zahntarife) sind immer zu beantworten.** Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Krankenversicherung AG schriftlich mitzuteilen. **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bitte geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht auf der Rückseite.** Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

**Nicht bei Zahn-
tarifen beantworten**

1. Körpergröße (in cm) und -gewicht (in kg)	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Person 1 nein ja	Person 2 nein ja
2. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen , Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, Anomalien körperlicher oder geistiger Art , auch wenn sie nicht behandelt worden sind?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, bitte voraussichtlichen Entbindungstermin angeben.	Entbindungstermin (TT.MM.JJ) <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben.	Dioptrien VP1 li <input type="text"/> re <input type="text"/>		VP2 li <input type="text"/> re <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen und/oder äußerlich angewendet?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Tarif MediDent/MediProphy gelten die Vereinbarungen zu fehlenden Zähnen und begonnenen/angeratenen Behandlungen auf S.5/5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) Anzahl			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Findet eine zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen (nicht bei Neuantrag von MediDent, MediProphy, MediTop und ZEG)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nur beantworten, falls für Tarif MediVita Z 70/90 eine Aufhebung der Höchstsätze ab dem 4. Kalenderjahr gewünscht wird: Ist Ihr Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen oder Inlays versorgt, die älter als 60 Monate sind?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Vollversicherungen und OPTG beantworten

Bei Tarifen mit Zahnschutz beantworten

Tarif MediVita Z 70/90

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

VP/Frage /	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/> Operationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
/	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/> Operationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
/	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/> Operationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
/	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/> Operationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Gesondertes Beiblatt

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und **beizufügen**. **Gesondertes Beiblatt?** nein ja

Hausarzt

VP	nein	Name und Anschrift	Fachrichtung	in Behandlung seit
1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorversicherung

Bitte geben Sie uns **immer** an, welche Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) zurzeit besteht bzw. wann Ihre letzte Vorversicherung bestanden hat. Ein abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist auch anzugeben, wenn dieser bereits fünf Jahre oder länger zurück liegt. **Ohne diese Angaben können wir die Versicherbarkeit nicht prüfen. Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen**

Derzeitiger Versicherungs-schutz

Wie sind Sie zurzeit versichert?	in der PKV privat versichert	in der GKV versicherungspflichtig	in der GKV freiwillig versichert	Bei welcher PKV bzw. GKV?	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJ)
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>

Kein bestehender Versicherungs-schutz

Wenn Sie zurzeit weder in der PKV noch in der GKV versichert sind, geben Sie hier bitte immer Ihre letzte bestandene Vorversicherung an.	GKV	PKV	Bei welcher GKV bzw. PKV waren Sie zuletzt versichert?	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJ)
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>

Gekündigt bzw. abgelehnter Versicherungsschutz	Ist eine bestehende oder bestandene PKV gekündigt bzw. ein Antrag von einem Versicherungsunternehmen abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt worden?		Name PKV	
	Wurde ein Antrag abgelehnt? Nein Ja (MM.JJ)	Wurde ein Vertrag vom VU gekündigt? Nein Ja (MM.JJ)	Wurde ein Vertrag ruhend gestellt? Nein Ja (MM.JJ)	
VP 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vom _____ bis _____
VP 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vom _____ bis _____

Übertragungswertbescheinigung Wenn Sie von einer PKV zu uns wechseln möchten, benötigen wir eine Übertragungswertbescheinigung Ihres jetzigen PKV-Unternehmens. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.
 Eine Übertragungswertbescheinigung habe ich beigefügt reiche ich nach

Angaben zu bestehenden Ergänzungsversicherungen Bitte geben Sie bereits bestehende Ergänzungsversicherungen (auch bei einem anderen Unternehmen) an.

	Keine	Stationäre Ergänzung		Krankhaustagegeld	Krankentagegeld	Pflegertagegeld
		1-/2-Bettzimmer	privatärztl. Behandlung	Tagesatz	Tagesatz	Tagesatz
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Private Pflegepflichtversicherung (PPV) Alle krankenversicherten Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen müssen eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Pflegeversicherungstarif PV sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung beim Bundesversicherungsamt verpflichtet.

Vorversicherung Für die **Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung** bitte immer die folgenden Angaben machen.
 Bei welchem Unternehmen/welcher Pflegekasse waren Sie bisher pflegeversichert?

VP 1 _____ Unternehmen/Pflegekasse Versicherungszeitraum von _____ bis _____

VP 2 _____ Unternehmen/Pflegekasse Versicherungszeitraum von _____ bis _____

Sie haben die Möglichkeit Ihren Beitrag zur privaten PPV anzupassen, wenn eine/mehrere der folgenden Voraussetzungen zutreffen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Ich beantrage eine Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in), da die folgenden Voraussetzungen für eine Beitragsbegrenzung von mir erfüllt werden. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.
Voraussetzung für die Erlangung der Beitragsbegrenzung ist, dass mindestens ein Ehe-/Lebenspartner(in)* seit dem 1. Januar 1995 der privaten PPV angehört und das Gesamteinkommen² eines Ehe-/Lebenspartner(in)s monatlich den Betrag von 365 Euro bzw. 400 Euro für geringfügig Beschäftigte nicht überschreitet.

Ich beantrage eine Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.
Voraussetzung ist, dass die zu versichernde Person sich in einer Schul- oder Berufsausbildung, einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr, Wehr- oder Zivildienst befindet oder als Student/-in immatrikuliert (unter 25 Jahre) ist. Kinder mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung sind grundsätzlich beitragsfrei.

Ich beantrage eine Beitragsermäßigung nach dem Studententarif für Studenten, Fach- bzw. Berufsfachschüler bzw. Praktikanten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.

Zahlweise Wenn die gewünschte Zahlweise **nicht** angekreuzt ist, werden Verträge mit einem monatlichen Beitrag über 10 Euro **automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert.**

jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich

Einzugsermächtigung (LSV) Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

Kontonummer _____ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch) _____

Bankleitzahl _____ Geldinstitut (Name und Ort) _____

Gruppenvertrag Sammelinkasso Einzelinkasso

Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name ist nur bei Sammelinkasso anzugeben) _____

Kommunikationsdaten (freiwillige Angaben)

Telefonnummer _____ Telefax _____ E-Mailadresse _____

Erlass der Wartezeiten **Bitte beachten: Nur bei Ergänzungsversicherungen und Tarif BSS zu beantworten.**
 Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. **Die Untersuchungskosten übernehme ich.**

Person 1 **Person 2**
 nein ja nein ja

Besondere Vereinbarungen
 nein ja, und zwar

Schluss-erklärungen Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
 Abweichend von § 8 Abs. 3 AVB wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife und das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

Einwilligungserklärung/ Steuer-ID Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von Gothaer Krankenversicherung AG 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.

Unterschriften Ort, Datum (immer angeben) _____ **Antragsteller/Versicherungsnehmer** _____ **Zu versichernde Personen** (bei Minderjährigen: gesetzl. Vertreter) _____

Kontoinhaber _____

Vermittlerdaten Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel _____ **Vermittler** _____

Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

<p>Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags</p>	<p>Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.</p>
<p>Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz</p>	<p>Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) 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. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermitteln. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.</p> <p>Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.</p> <p>Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.</p>
<p>Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung</p>	<p>Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.</p> <p>Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.</p> <p>Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die 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 Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).</p> <p>Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.</p> <p>Mir ist ebenfalls bekannt, dass der Versicherer im Rahmen der Prüfung seiner Leistungspflicht aus der privaten Pflegepflichtversicherung eine medizinische Begutachtung durchführen wird. Zu diesem Zweck befreie ich die in Absatz 2 genannten Personen und sonstige Bediensteten von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer bzw. dem vom Versicherer beauftragten Medizinischen Dienst, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem ärztlichen Gutachter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der berechtigt ist, die medizinischen Unterlagen meines Versicherers zu überprüfen, (z. B. bei Widersprüchen gegen die Einstufung, bei der Prüfung von Anträgen auf Anerkennung als Härtefall oder bei Anträgen auf Zulassung von Einzelpflegekräften).</p> <p>Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.</p> <p>Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten Daten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.</p>
<p>Antragsbindefrist</p>	<p>An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.</p>
<p>Bei Anträgen auf Krankentagegeld</p>	<p>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 (Bruttoeinkommen ./. Steuern) nicht übersteigt.</p>
<p>Änderung von Anschrift u. Namen</p>	<p>Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.</p>
<p>Zustandekommen des Vertrages</p>	<p>Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.</p>
<p>Vertragsgrundlagen</p>	<p>Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.</p>
<p>Erklärung zur PPV</p>	<p>Ich bestätige die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und verpflichte mich, die notwendigen Nachweise, sofern noch nicht geschehen – innerhalb der nächsten 4 Wochen – vorzulegen. Bei Veränderungen, die Einfluss auf die Beitragseinstufung zur privaten Pflegeversicherung haben, informiere ich den Krankenversicherer unverzüglich und lege auf Anforderung entsprechende Nachweise vor. Aufgrund einer unrichtigen Beitragseinstufung zu wenig gezahlter Beiträge werde ich nachentrichtet.</p>
<p>Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in)</p>	<p>1) Definition Lebenspartner(-in): Für Lebenspartner kann die Beitragsbegrenzung nur gewährt werden, wenn es sich um eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.</p> <p>2) Definition Gesamteinkommen: Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EstG), z.B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit usw. Folgende Erträge sind nicht abzuziehen: 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 entfallende Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen, z.B. Zinszahlungen, sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Nicht zum Einkommen zählen z.B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BafoG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.</p>
<p>Widerrufsrecht</p>	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.</p>
<p>Widerrufsfolgen</p>	<p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.</p> <p>Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p>
<p>Besondere Hinweise</p>	<p>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.</p>

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Damit die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz: Gothaer) Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten **Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. 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.

Bestehende vorvertragliche Anzeigepflichten

Sie sind gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) **verpflichtet**, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben. Wenn die Gothaer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss verletzt wird?

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gothaer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gothaer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Gothaer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Mögliche Folgen

• Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

• Kündigung

• Vertragsänderung

• Ausübung der Rechte

• Stellvertretung durch eine andere Person

Kann die Gothaer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann die Gothaer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht der Gothaer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Die Gothaer kann ihre **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verfallen ist. Die Gothaer kann sich auf die **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn** sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Ihre 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.

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 der Rechte der Gothaer die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene 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 zu Last fällt.

Informationen zur Antragstellung des Tarifs MediDent und MediProphy

- 1. Versicherungsfähigkeit** Sie sind im Tarif MediDent und/oder MediProphy versicherungsfähig, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Entfernte Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, zählen nicht als fehlende Zähne. Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten. Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
- 2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen im Tarif MediDent**

Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen).
Kein oder 1 fehlender Zahn:
Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung.
Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen **nach** dem Vertragsabschluss **erstmalig** angeraten und durchgeführt werden.
2 oder 3 fehlende Zähne:
Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur mit der folgenden besonderen Vereinbarung möglich: **Die Kosten aller zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) zu vergüten, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**
Für sonstige zahnärztliche Maßnahmen haben Sie Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen **nach** dem Vertragsabschluss **erstmalig** angeraten und durchgeführt werden.

Mit diesem Antrag können Sie eine Krankheitskostenvollversicherung, private Pflegepflichtversicherung oder eine Ergänzungsversicherung beantragen.

Bitte beachten:

- Zur Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte alle Gesundheitsfragen.

Für die Beantragung einer Ergänzungsversicherung müssen nicht immer alle Gesundheitsfragen beantwortet werden. Die folgende Tabelle erläutert, welche Fragen für welche Tarife beantwortet werden müssen. Die relevanten Fragen sind mit einem „x“ gekennzeichnet.

Antragsfragen														
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	
AE / (ZB 20)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
AVL N2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
K	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
MediClinic	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediClinic U				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.										
MediDent												x		
MediNatura	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediPrävent				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.										
MediProphy													x	
MediTop 1	x		x		x	x		x				x	x	
MediTop 2	x	x	x		x	x		x				x	x	
MediTravel				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.										
MS 3	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
MTG	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
OPT G	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
P 3	x	x	x	x	x	x				x				
PT / PT 2 / PT 3	x	x	x	x	x	x				x				
SE 1 (V) / SE 2 (V) / SEK (V)	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
TG	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
ZEG												x	x	

**RisikoHotline
– nur für
Vermittler**

In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 3090-4096** zur Verfügung. Nutzen Sie die RisikoHotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:

- Schnelle Information an den Kunden
- Vermeidung von Arztberichten und Attesten
- Hohe Direktentscheidungsquote
- Einheitliche und transparente Risikopolitik

**Zu beachten
bei Faxanträgen**

Bitte fügen Sie bei Faxanträgen **immer** die Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und die „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ hinzu.

**Bundesländer-
Abkürzungen**

B = Berlin	HB = Bremen	NS = Niedersachsen	SL = Saarland
BB = Brandenburg	H = Hessen	NRW = Nordrhein-Westfalen	SA = Sachsen
BW = Baden-Württemberg	HH = Hamburg	RP = Rheinland-Pfalz	SAA = Sachsen-Anhalt
BY = Bayern	MV = Mecklenburg-Vorpommern	SH = Schleswig-Holstein	TH = Thüringen