

Krankenversicherungsantrag mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung



Ist der Antragsteller bereits Kunde der ottonova Krankenversicherung AG? Ja Nein	ID-Nummer: Vermittlernummer:
--	---------------------------------

1. Angaben zur Person

Versicherungsnehmer (= Person 1)			Versicherte Person VP (= Person 2)		
Ich beantrage für die genannten Personen den Abschluss bzw. die Änderung eines Kranken- bzw. Pflegeversicherungsvertrags nach den jeweils bezeichneten Tarifen auf der Basis der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.					
Name, Vorname:			Name, Vorname:		
Titel:			Titel:		
Geburtsdatum:			Geburtsdatum:		
männlich	weiblich	divers	männlich	weiblich	divers
E-Mail*:			E-Mail*:		
Mobilnummer*:			Mobilnummer*:		
Adresse:			Adresse:		
Staatsangehörigkeit: deutsch andere			Staatsangehörigkeit: deutsch andere		
falls „andere“ bitte ausfüllen: in Deutschland gemeldet seit: permanenten Aufenthaltsrecht Ja Nein Aufenthaltsrecht bis			falls „andere“ bitte ausfüllen: in Deutschland gemeldet seit: permanenten Aufenthaltsrecht Ja Nein Aufenthaltsrecht bis		
Berufsstand:			Berufsstand:		
Vorversicherung					
Aktuelle Krankenversicherungsart:			Aktuelle Krankenversicherungsart:		
Versicherungsgesellschaft:			Versicherungsgesellschaft:		
Land, falls im Ausland versichert:			Land, falls im Ausland versichert:		
Grund, falls nicht versichert:			Grund, falls nicht versichert:		
Versicherungsbeginn bisherige Versicherung:			Versicherungsbeginn bisherige Versicherung:		
Vorversicherung gekündigt:			Vorversicherung gekündigt:		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Falls ja, vom Versicherer?:			Falls ja, vom Versicherer?:		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Beitragsrückstand:			Beitragsrückstand:		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Notlagen- oder Basistarif:			Notlagen- oder Basistarif:		
	Ja	Nein		Ja	Nein

Für Angestellte	
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:
Bruttojahresgehalt:	Bruttojahresgehalt:
Für Selbstständige	
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:
Unternehmensname:	Unternehmensname:
Straße und Nr.:	Straße und Nr.:
PLZ und Ort:	PLZ und Ort:
Adresszusatz:	Adresszusatz:
Anzahl Vollzeitmitarbeiter:	Anzahl Vollzeitmitarbeiter:
Webseite:	Webseite:
Firmengründung am:	Firmengründung am:
Für Studenten	
Hochschule:	Hochschule:
Studiengang:	Studiengang:
Studienbeginn:	Studienbeginn:
Für Beamte/Beamtenanwärter:	
Beamter Beamtenanwärter	Beamter Beamtenanwärter
Beihilfeträger:	Beihilfeträger:
Beihilfesatz:	Beihilfesatz:
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:

* Als digitaler Versicherer erfolgt die Kommunikation bei ottonova grundsätzlich über eine App. Zum Einrichten der App benötigen wir diese Daten.

2. Gesundheitsangaben

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Grundlagen für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in dem als Anlage beiliegenden Dokument: „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

1	Versicherungsnehmer VN (= Person 1)				Versicherte Person VP (= Person 2)							
	Größe	cm	Gewicht	kg	Größe	cm	Gewicht	kg	VN (= Person 1)	VP (= Person 2)		
2	Wurden innerhalb der letzten 3 Jahre für mindestens 2 Wochen am Stück Medikamente eingenommen? <small>Medikamente sind alle Präparate, die man in Deutschland nur in der Apotheke bekommt. Ausgenommen sind Verhütungsmittel.</small>								Ja	Nein	Ja	Nein
3	Fanden innerhalb der letzten 3 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) durch Ärzte oder Therapeuten statt? <small>Wenn Behandlungen wegen Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Erkältungen oder grippalen Infekten stattgefunden haben und keine Folgen bestehen, und Sie sind jetzt wieder gesund, müssen diese nicht angegeben werden. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt) müssen nur dann angegeben werden, wenn diese einen Befund ergeben haben, der auf eine Krankheit hinweist. Kontrolluntersuchungen, wie zum Beispiel Blutzuckerbestimmungen bei Diabetes, kardiologische Kontrolluntersuchungen bei Herzklappenfehler oder Tumornachsorge sollten auf jeden Fall angegeben werden.</small>								Ja	Nein	Ja	Nein
4	Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?								Ja	Nein	Ja	Nein
5	Fand innerhalb der letzten 10 Jahre eine Behandlung mit Aufenthalt im Krankenhaus oder eine Operation ohne Krankenhausaufenthalt statt?								Ja	Nein	Ja	Nein
6	Fanden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) wegen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen oder Beschwerden statt?								Ja	Nein	Ja	Nein
7	Fanden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) wegen bösartigen Krebserkrankungen statt?								Ja	Nein	Ja	Nein
8	Bestehen chronische Erkrankungen? <small>Chronisch sind Erkrankungen dann, wenn sie eine dauerhafte und regelmäßige medizinische Betreuung notwendig machen. Chronische Erkrankungen treten teilweise in Schüben auf und sind in der Regel nicht heilbar.</small>								Ja	Nein	Ja	Nein
9	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? <small>Hier muss angegeben werden, ob eine Infektion mit dem HI-Virus festgestellt wurde, auch wenn es bisher nicht zu der Krankheit AIDS gekommen ist.</small>								Ja	Nein	Ja	Nein
10	Fand jemals eine Behandlung wegen Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit oder einer sonstigen Suchterkrankung statt?								Ja	Nein	Ja	Nein
11	Besteht eine oder mehrere Beeinträchtigungen der folgenden Liste?								VN (= Person 1)		Person 2	
	Hörhilfen											
	Körperimplantate (Zahnimplantate zählen nicht)											
	Prothesen (Zahnprothesen zählen nicht)											
	Zeugungsunfähigkeit/Unfruchtbarkeit oder eingeschränkte Zeugungsfähigkeit											
	Behinderungen, Fehlbildungen eines Organes oder eine körperliche Fehlbildung											
	Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit											
12	Medizinische Schuheinlagen											
	Fehlende Zähne, die nicht ersetzt wurden (Weisheitszähne zählen nicht)											
	Falls ja, wie viele?											
	Keine der aufgelisteten Beeinträchtigungen											
12	Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch Nachsorge) oder Operationen durch Ärzte oder Therapeuten beabsichtigt, angeraten oder geplant? <small>Ärzte und Therapeuten sind z.B. Hausärzte, alle Fachärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Osteo- und Chiroprapeuten, Zahnärzte, Kieferorthopäden oder Kieferchirurgen.</small>								Ja	Nein	Ja	Nein

Falls eine der Fragen mit »Ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angaben der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnose bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
1 (VN) 2 (VP)		von bis
1 (VN) 2 (VP)		von bis
1 (VN) 2 (VP)		von bis
1 (VN) 2 (VP)		von bis
1 (VN) 2 (VP)		von bis

3. Antragserklärung Kranken-/Pflegeversicherung

Der Antragsteller beantragt den Abschluss eines Versicherungsvertrages für die nachstehend ausgewählten Tarife

Versicherungsnehmer VN (= Person 1)				Versicherte Person VP (= Person 2)			
Versicherungsbeginn:				Versicherungsbeginn:			
Krankheitskostenvollversicherung KKV				Krankheitskostenvollversicherung KKV			
Tarifwahl		Selbstbehalt		Tarifwahl		Selbstbehalt	
Ausbildungstarif gewünscht		Monatsbeitrag KKV* €		Ausbildungstarif gewünscht		Monatsbeitrag KKV* €	
		Risikozuschlag* (**)	€			Risikozuschlag* (**)	€
		Gesetzlicher Zuschlag*	€			Gesetzlicher Zuschlag*	€
		Zwischensumme:	€			Zwischensumme:	€
Krankentaggeldversicherung KT für Angestellte		Krankentaggeldversicherung KT für Selbstständige		Krankentaggeldversicherung KT für Angestellte		Krankentaggeldversicherung KT für Selbstständige	
Es wird kein Krankentagegeld gewünscht				Es wird kein Krankentagegeld gewünscht			
		Höhe des Krankentagegeldes:	€			Höhe des Krankentagegeldes:	€
		Kosten pro Monat Monatsbeitrag KT*	€			Kosten pro Monat Monatsbeitrag KT*	€
		Risikozuschlag* (**)	€			Risikozuschlag* (**)	€
		Zwischensumme:	€			Zwischensumme:	€
Beitragsentlastungskomponente BEK				Beitragsentlastungskomponente BEK			
Höhe der BEK:		€		Höhe der BEK:		€	
		Monatsbeitrag BEK*	€			Monatsbeitrag BEK*	€
Pflegepflichtversicherung PPV (siehe auch Punkt 4)				Pflegepflichtversicherung PPV (siehe auch Punkt 4)			
Ausführliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie aus dem beiliegenden Informationsblatt.				Ausführliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie aus dem beiliegenden Informationsblatt.			
PPV		Monatsbeitrag PPV*	€	PPV		Monatsbeitrag PPV*	€
		Gesamtmonatsbeitrag VN*	€			Gesamtmonatsbeitrag VP*	€

* Der hier angezeigte Monatsbeitrag entspricht dem regulären Tarifbeitrag. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse können erst nach Abschluss der Gesundheitsprüfung ermittelt und endgültig festgesetzt werden. Daher kann es sein, dass sich nach Durchführung der Risikoprüfung der Monatsbeitrag gegenüber dem hier angegebenen Beitrag ändert. Sollte dies der Fall sein, werden wir Sie umgehend informieren. In diesem Fall haben Sie anschließend die Möglichkeit den Vertrag dann zu den neuen Bedingungen endgültig abzuschließen.

** Der Risikozuschlag ist auf die Dauer des Tarifs angelegt. Bei Beitragsanpassungen wird der Zuschlag entsprechend angeglichen.

4. Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Ausführliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie aus dem beiliegenden Informationsblatt.

Monatliches Gesamteinkommen* höher als Einkommensgrenze? **Ja** **Nein**

Beitragsberechnung für Ehegatten / Lebenspartner*? **Ja** **Nein**

* Definitionen zum Gesamteinkommen, Beitragsbegrenzung und Beitragsfreistellung sowie weitere Informationen zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Beantragung der Beitragsfreiheit für Kinder

Der Antragssteller beantragt die Beitragsfreistellung** in der Pflegepflichtversicherung für die oben angegebene versicherte Person und bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen dieser Person(en) nicht über den Einkommensgrenzwerten = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2020: 455 €) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 530 € liegt.

**Die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Verzicht auf Antrag zur PPV

Die PPV wird nicht beantragt, weil anderweitig geführt

Bei nachfolgender Gesellschaft

Beleg liegt bei wird nachgereicht (Nachweis gesetzlich vorgeschrieben)

5. Unterschriften

1) Antragsstellung

Antragssteller hat vor Antragsstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
- Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG,
- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung,
- Datenschutzhinweise,
- Kundeninformation,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen,
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- Widerrufsbelehrung,
- Schufainformation und -hinweisblatt

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärung zum Inhalt dieses Antrags und bestätigen, die Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.

Der Antragssteller bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Zudem ist der Antragssteller einverstanden, dass der Versicherungsschutz ggf. bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie in der beiliegenden Widerrufsbelehrung) beginnt. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen des beantragten Tarifs.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in dem Dokument „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG“, die diesem Antrag als Anlage beiliegt.

Zudem willigt der Antragssteller bis auf Widerruf ein, dass ihn die ottonova künftig regelmäßig über Versicherungsangelegenheiten per Telefon, App und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit gegenüber ottonova (am besten per E-Mail an: support@ottonova.de) erklärt werden. Für weitere Informationen siehe auch: www.ottonova.de/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/Versicherungsnehmer ab 16 Jahre

2) Bonitätsauskunft

Im Rahmen der Antragsprüfung zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung eines Versicherungsvertragsverhältnisses sowie später bei Durchführung des Versicherungsvertrages werden personenbezogene Daten über das Zahlungsverhalten und die Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) an die SCHUFA Holding AG übermittelt. Einzelheiten hierzu finden Sie in dem beiliegenden SCHUFA-Hinweis zu Versicherungsanträgen sowie in der SCHUFA-Information. Bitte lesen Sie beide Dokumente aufmerksam durch. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Dokumente zur Kenntnis genommen haben.

Dabei kann die SCHUFA Holding AG dem Versicherer ergänzend einen aus Ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Zu den genannten Zwecken entbindet der Antragssteller die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe seiner Schweigepflicht geschützten Daten an die SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum ✗ _____
Unterschrift Antragssteller/Versicherungsnehmer ab 16 Jahre

✗ _____
Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen

3) Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge

Antragssteller willigt ein, dass für die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der ottonova Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Dem Antragssteller ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge mindert, wenn der Antragssteller diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von seinem Recht Gebrauch macht, seine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ein Widerruf ist für die Datenübermittlung der Beiträge wirksam, die ab dem Kalenderjahr gezahlt wurden, das dem Jahr folgt, in dem die Datenübermittlung widerrufen worden ist.

Antragssteller willigt ferner ein, dass die ottonova Krankenversicherung AG zu diesem Zweck meine Steueridentifikationsnummer nach § 139b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf.

Ort, Datum ✗ _____
Unterschrift Antragssteller/Versicherungsnehmer ab 16 Jahre

✗ _____
Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen

4) SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

zum Antrag vom

Ich ermächtige die ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 München (Gläubiger-ID DE23ZZZ00002016282), Zahlungen für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

Wichtig: Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname

Kontoinhaber

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bankverbindung

Geldinstitut:

IBAN

BIC

Ort, Datum ✗ _____
Unterschrift des Kontoinhabers

✗ _____
Unterschrift der zu versichernden Person 2 (VP) ab 16 Jahre

✗ _____
Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen