



# Ausfüllhilfe

## Antrag Ambulante Zusatzversicherung

**Ergänzende Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

**Wo bestand am 1.1.1995 die Pflege-Pflichtversicherung?**

Person 1  GKV  PKV (Der Nachweis über die genauen Versicherungszeiten wird nachgereicht)

Person 2  GKV  PKV (Der Nachweis über die genauen Versicherungszeiten wird nachgereicht)

**Beitragsfreier Versicherung von Kindern**

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes/der Kinder Pers.-Nrn. sind gegeben (siehe Antragsrückseite).

Bei dem/ den alleinvertretenen Kind / Kindern ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert (Bitte den aktuellen Nachweis einreichen.):

Name des Elternteils: \_\_\_\_\_ Unternehmen der privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

**Wartezeiten/Anrechnungszeiten** (Entsprechende schriftliche Nachweise sind vorzulegen)

Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenvollversicherung auf Grund des unmittelbaren Übertritts aus einer gesetzlichen Krankenkasse/privaten Krankenversicherung. Person 1  ja  ja Person 2  ja  ja

Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung auf die Wartezeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.  ja  ja  ja

Ich beantrage Wartezeiterlass für die Krankenversicherung auf Grund ärztlicher Untersuchung (Die Untersuchungskosten übernehme ich). Das Ärztliche Zeugnis muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung eingegangen sein, ansonsten gelten die bedingungs-gemäßen Wartezeiten.  ja  ja  ja

**Vorversicherungen** (Bestehende, bestehende, beantragte, abgelehnte)

| Pers. Krankenversicherung: Versicherer / Kasse (freiwillig- oder pflichtversichert?) | Pflege- / Pflegezusatzversicherung Versicherer / Kasse | Besteht seit | Endet zum | Beantragt am | Abgelehnt am |
|--|--|--------------|-----------|--------------|--------------|
|  |  |              |           |              |              |

**Angaben zu Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherungen**

a) Besteht anderweitig Versicherung für Krankenhaustagegeld? Person 1  nein  ja, Tagessatz/Euro \_\_\_\_\_ Person 2  nein  ja, Tagessatz/Euro \_\_\_\_\_

b) Besteht anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld? Person 1  nein  ja, ab \_\_\_\_\_ Tag, Tagessatz/Euro \_\_\_\_\_ Person 2  nein  ja, ab \_\_\_\_\_ Tag, Tagessatz/Euro \_\_\_\_\_

c) Monatliches Nettoeinkommen Euro \_\_\_\_\_ Person 2 Euro \_\_\_\_\_

d) Besteht bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehaltes? Wie lange? Person 1  nein  ja, \_\_\_\_\_ Tage Person 2  nein  ja, \_\_\_\_\_ Tage

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

**Angaben bei Vertragsänderungen**

a) Liegen Kostenbelege vor? Person 1  nein  ja, bitte Belege beifügen. Person 2  nein  ja, bitte Belege beifügen.

b) Stehen Kostenbelege aus?  nein  ja

Wenn ja: Wegen welcher Beschwerden, Krankheiten (auch zahnärztliche Maßnahmen)? Behandlungszeit? Name und Anschrift des Arztes.

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG in Abschnitt „Wichtige Hinweise“.

**Gesundheitsangaben**

Informationen zu einer versicherten Person, die der ARAG Krankenversicherung durch schriftliche Erklärungen oder Leistungsanträge bereits bekannt sind, brauchen bei den Fragen 1 und 2 nicht wiederholt zu werden.

|  | Person 1                              | Person 2                              |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
|  | ja                                    | nein                                  |
| 1. Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfälle, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen? Wenn ja, bitte angeben, auch wenn sie als unwesentlich angesehen werden.  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 2. War in den letzten fünf Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt oder ein Aufenthalt in Sanatorien, in Heilanstalten etc. erforderlich?   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 3. Sind Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker beabsichtigt oder angeraten?   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 4. Werden oder wurden in den letzten zwölf Monaten Medikamente verordnet?  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 5. Besteht Erwerbsminderung oder eine anerkannte Behinderung? Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des Bescheides mit Diagnosen beifügen!  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 6. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 7. Besteht eine Sterilität oder eine Infertilität, oder findet oder fand wegen unerfülltem Kinderwunsch ärztliche Behandlung statt?  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 8. Besteht Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 9. Größe und Körpergewicht?  | ____ / ____ cm/kg                     | ____ / ____ cm/kg                     |
| 10. Wurde in den letzten zehn Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt bzw. ist eine solche beabsichtigt?   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 11.a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht - Art. Nr. A 804 - erforderlich. | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| b) Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne (ohne Milch- / Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben). Ab fünf fehlenden Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht - Art. Nr. A 804 - erforderlich.                            | Anzahl <input type="checkbox"/> keine | Anzahl <input type="checkbox"/> keine |
| c) Anzahl der durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz):  | Anzahl <input type="checkbox"/> keine | Anzahl <input type="checkbox"/> keine |
| 12. Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten drei (ambulant), fünf Jahre (stationär) bzw. zehn Jahre (bei psychischen Erkrankungen) am besten Auskunft geben kann?  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |

Person 1 Name und Anschrift des Behandlers: \_\_\_\_\_ Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen? Wann? Weshalb?

Person 2 Name und Anschrift des Behandlers: \_\_\_\_\_ Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen? Wann? Weshalb?

A 807 1.2008 2 / 3

**7** Diese Angaben sind in der Regel nur wichtig, wenn Sie eine Krankenvollversicherung abschließen möchten.

**8** Wenn für die zu versichernden Personen bereits eine private Krankenversicherung besteht oder bestand, dann müssen Sie dies hier eintragen. Auf jeden Fall gehört hier auch die Gesetzliche Krankenkasse hin, bei der die versicherten Personen Mitglied sind (auch im Rahmen einer Familienmitgliedschaft). Vergessen Sie auch nicht, etwas in die Spalten "von" und "bis" einzutragen. Bei Kindern kann hier z.B. stehen "von Geburt bis heute".

**9** Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollte Ihnen der dort zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, können Sie auch ein zusätzliches Blatt zum Antrag legen. In diesem Fall bitte nicht vergessen zu vermerken, zu welchen Fragen Sie dort Stellung nehmen und bitte auch dieses Blatt unbedingt unterschreiben.

## Falls Sie noch Fragen haben...

Scheuen Sie nicht, uns anzurufen: 0 68 1 - 95 45 60

(Mo.-Do. 9:00-20:00 Uhr, Fr. 9:00-18:00 Uhr)

Natürlich können Sie uns auch über unsere Website ([www.gutguenstigversichert.de](http://www.gutguenstigversichert.de))

oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



Gut. Günstig.  
Versichert.

# Ausfüllhilfe

## Antrag Ambulante Zusatzversicherung

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen.

**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 – 12, wenn mit ja beantwortet**

| Pers./Zu Frage | Genaue Diagnose, Art der Beschwerden, Verletzung, Untersuchung (was wurde festgestellt)? Welche Operation erfolgte? Medikamente? | Behandlung/ Beschwerden von bis | Behandlung abgeschlossen? Seit wann? | Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser. Wer kam Auskunft geben? |
|----------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|
|                | 10   |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |
|                |  |                                 |                                      |   |

**Schweigepflichtentbindungserklärungen**  
Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antrags- und die Leistungsprüfung ab. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die  Antrags- **11**  Leistungsprüfung wird nicht abgegeben.

**Empfangsbestätigung**  
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (nicht Zutreffendes bitte streichen): Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen), Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III, Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

**Beratungsprotokoll**  
Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

**Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist**  
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (nicht Zutreffendes bitte streichen). Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (nicht Zutreffendes bitte streichen). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

**Wichtig für Versicherungsnehmer/ zu versichernde Personen**  
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise auf der Antragsrückseite sowie das Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.  
**Widerrufsrecht**  
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefeldern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an ARAG Krankenversicherungs- AG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: +49(0)89/4124-2525.  
**Widerrufsfolgen**  
Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

**Datenschutzeinwilligungserklärung**  
Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Unterlagen zum Datenschutz. Sofern nicht gestrichen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese gelesen haben und willigen ein, dass Ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sofern nicht gestrichen, willigen Sie ferner ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.

**Unterschriften (Vor- und Zunamen)**

Ort, Datum

Antragsteller **12**

1. zu versichernde Person bzw. gesetzlicher Vertreter **12**

2. zu versichernde Person bzw. gesetzlicher Vertreter **12**

A 807 1.2008 3 / 3

**10** Für alle Gesundheitsfragen die zuvor mit "Ja" beantwortet wurden, muss konsequenterweise auch ein Eintrag in dieser Tabelle vorhanden sein. Ihr Antrag kann sonst nicht weiter bearbeitet werden!

Besonders wichtig sind auch die Angaben in den Spalten "Behandlungen/Beschwerden von-bis" und "Behandlung abgeschlossen seit wann?". Geben sie hier bitte in jedem Fall Daten an. Eine Angabe von Monat und Jahr genügt allerdings. Wenn irgendwelche Untersuchungen stattfanden, bei der letztlich keine Erkrankung diagnostiziert wurde z.B. eine Vorsorgeuntersuchung, schreiben Sie bitte auf jeden Fall "o.B." dazu (das bedeutet "ohne Befund"). Falls Ihnen der Platz hier nicht ausreicht, benutzen Sie einfach das zusätzliche Blatt, welches wir Ihnen beigelegt haben. Es versteht sich von selbst, dass alle Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt werden, sowohl von uns, als auch vom Versicherer selbst.

**11** Bitte wählen Sie, ob Sie der Schweigepflichtentbindung zustimmen möchten oder nicht. Wir empfehlen, dies zu tun, damit der Vertrag schnellstmöglich zustande kommt und im Schadensfall keine Probleme entstehen.

**12** Bitte vergessen Sie nicht, dass neben dem Antragsteller auch alle volljährigen, versicherten Personen oder die Erziehungsberechtigten unterschreiben müssen.

## Falls Sie noch Fragen haben...

Scheuen Sie nicht, uns anzurufen: 0 68 1 – 95 45 60  
(Mo.-Do. 9:00-20:00 Uhr, Fr. 9:00-18:00 Uhr)  
Natürlich können Sie uns auch über unsere Website ([www.gutguenstigversichert.de](http://www.gutguenstigversichert.de)) oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



Gut. Günstig.  
Versichert.