

# Ausfüllhilfe

## Antrag Krankentagegeldversicherung

### Antrag auf Krankentagegeldversicherung



**Antragsteller / Zu versichernde Person**

Frau  Herr (freiwillige Angaben)

Familien- und Vorname

1 Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon mit Vorwahl, privat\* Telefon mit Vorwahl, dienstlich\* Geburtsdatum

2 Geschlecht Größe cm Gewicht kg Derzeitige Tätigkeit, durch die der überwiegende Teil des Einkommens erzielt wird

**Ich beantrage den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund**

Tariff/Agensatz Monatsbeitrag EUR Tarif/Agensatz Monatsbeitrag EUR monatlicher Gesamtbeitrag EUR Zuschlag (im Beitrag enthalten) EUR

3 Versicherungsnummer Vertragsschlussdauer: Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

4 Beitragszahlungsweise jährlich

Bei der Berechnung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat versichert), Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankentagegeld) berücksichtigt.

**Erklärungen des Antragstellers**

A. Der Antragsteller ist selbstständig tätig:  ja  nein. War mitarbeitend tätig:  ja  nein. Als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig:  ja  nein. Seit dem Eintragung im Handelsregister:  ja  am

5 Sichtsührend tätig:  ja  nein. Anzahl Arbeitnehmer:  / . Gewerbeanmeldung / Zulassung:  /

B. Höhe der durchschnittlichen jährlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): EUR

C. Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren:  nein  ja  und zwar:  / . Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen:

Bestand oder besteht eine weitere Versicherung oder wurde eine beantragt?

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankentagegeldversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Versicherer unerwünscht.

A. Gesetzliche Krankentagegeldversicherung?  ja  nein. Versichere, Versicherungsnummer (auch Continentale und Europa) Zeitraum Krankentagegeld ab Tag der Arbeitsunfähigkeit

5 B. Private Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeldversicherung?  ja  nein. Krankentagegeld EUR ab Tag der Arbeitsunfähigkeit EUR

C. Private Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeldversicherung?  ja  nein. Krankentagegeld EUR ab Tag der Arbeitsunfähigkeit EUR

**Gesundheitszustand des Antragstellers**

1. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt? Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben?  ja  nein

2. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?  ja  nein

3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angetragen oder durchgeführt?  ja  nein

4. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unvollständiger Kuren) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hypophysenbestrahlung) vorgesehen?  ja  nein

5. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?  ja  nein

6. Bestehen oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.  ja  nein

7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?  ja  nein

Sollen Angaben nicht hier gemacht werden, sind sie innerhalb von 7 Tagen dem Versicherer unmittelbar schriftlich mitzuteilen; in diesem Fall bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken; in diesem Fall bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

**Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

Die von Ihnen in diesem Antrag verlangten Angaben sind für den Vertragsabschluss erheblich; Ihre Angaben müssen daher wahrheitsgemäß und vollständig sein. Wenn Sie diese Anzeigepflicht verletzen, kann der Versicherer unter den Voraussetzungen des Versicherungsvertragsgesetzes abgestuft nach dem Grad Ihres Verschuldens den Vertrag anpassen, den Vertrag unter Einhaltung einer Monatsfrist kündigen oder vom Vertrag zurücktreten. Im letzteren Fall verlieren Sie mit sofortiger Wirkung Ihren Versicherungsschutz; ist bereits ein Versicherungsfall eingetreten, ist der Versicherer nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Anzeigepflichtverletzung weder arglistig erfolgt ist noch einen Umstand betrifft, der für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich ist. Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, werden sowohl Ihre eigene Kenntnis und Arglist als auch die Kenntnis und Arglist Ihres Vertreters berücksichtigt.

**Erklärung zum Beitragsentzug und zur Leistungsauszahlung**

Die Beiträge sind  auf mein Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden.  auf mein Girokonto einzuzahlen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden.

8 Konto-Nummer Bankleitzahl Name und Ort des Geldinstituts, Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist.

**Schlussklärungen und Unterschriften**

Hinweis: Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen auf der Rückseite. Sie enthalten unter anderem Ihre Erklärung zur generellen Entbindung von der Schweigepflicht (siehe 4 a und c) und Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (siehe 5). Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Die generelle Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur mit meiner Zustimmung vornimmt. (Einzelheiten und mögliche Konsequenzen siehe 4 b und c).

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum beantragten Versicherungsbeginn und nach Ablauf von Wartezeiten.

**Versicherungsantrag**  
Ich bestätige, dass mir am  die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt, Informationen zu Ihrem Vertrag, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Continentale Krankenversicherung a.G., Merkblatt zur Datenverarbeitung) ausgehändigt worden sind.

9 Unterschrift des Antragstellers

Mit der folgenden Unterschrift beantrage ich verbindlich Versicherungsschutz ab dem  Datum  Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

10  **Angebotsantrag**  
Ich stelle noch keinen verbindlichen Versicherungsantrag. Vielmehr bitte ich den Versicherer, mir ein unverbindliches Angebot zum möglichen Versicherungsschutz zu machen. Dieses Angebot soll auch die Versicherungsbedingungen und die weiteren Vertragsinformationen enthalten. Nach Erhalt des unverbindlichen Angebots kann ich meinen Angebotsantrag für rechtsverbindlich erklären. Die Angaben im Angebotsantrag müssen daher schon jetzt wahrheitsgemäß und vollständig sein. (Bitte beachten Sie den obigen „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“). Der Versicherer kann bereits jetzt von meiner Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Gebrauch machen. Von meiner Schweigepflichtentbindungserklärung kann er nur Gebrauch machen, soweit es für die Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist. Für die Beurteilung der Leistungspflicht gilt dies erst im Falle eines späteren Vertragsschlusses. Erst dann wird auch meine Erklärung zum Beitragsentzug und zur Leistungsauszahlung wirksam. Mit der folgenden Unterschrift fordere ich das unverbindliche Angebot des Versicherers zum möglichen Versicherungsschutz an:

10 Unterschrift des Vermittlers

- 1 Hier stehen die Daten des Antragstellers bzw. Versicherungsnehmers. Das ist die Person, welche die Prämie zahlt, die den Vertrag aber z.B. auch wieder kündigen kann. Diese Felder haben wir - soweit wir konnten - schon für Sie ausgefüllt.
- 2 Bitte tragen Sie hier die Körpergröße und das Gewicht, sowie die berufliche Tätigkeit ein.
- 3 Bitte tragen Sie hier den Monat und das Jahr ein, zu dem der Versicherungsschutz beginnen soll. Als Beginn ist immer nur der Erste eines Monats möglich, deshalb ist dies schon so vorgegeben.
- 4 Hier steht die gewählte Tarifbezeichnung sowie der entsprechende Beitrag. Diese Felder haben wir schon für Sie ausgefüllt.
- 5 Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit und ihr Einkommen genauer, außerdem werden Angaben zu Ihren weiteren Versicherungen benötigt. Geben Sie diese bitte vollständig an.
- 6 Bitte beantworten Sie die Fragen ehrlich und gewissenhaft. Wissentlich falsche Angaben können auch im Nachhinein dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben.
- 7 Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte nähere Angaben machen (Art der Beschwerden einschließlich Operationen, Folgerscheinungen oder Behinderungen, Fremdkörper nach Operationen, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung, verordnete Medikamente und Dosierung, Entbindungstermin, Anschrift von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern, Krankenhäusern, Sanatorien usw.).
- 8 Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der mit ja beantworteten Gesundheitsfragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken; in diesem Fall bitte das untenstehende Feld ankreuzen.
- 8 Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an. Von diesem Konto werden die Beiträge abgebucht sowie Leistungen vom Versicherer überwiesen.
- 9 Bitte bestätigen Sie den Erhalt der entsprechenden Unterlagen, anderenfalls kann der Antrag vom Versicherer nicht reibungslos bearbeitet werden.
- 10 Die Informationen finden Sie auch noch mal auf unserer Homepage, zu diesem Thema haben wir Ihnen ein gesondertes Informationsblatt mitgeschickt.
- 10 Bitte vergessen Sie die abschließende, zweite Unterschrift nicht.

## 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.