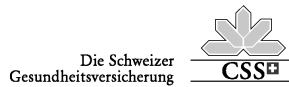


# Ausfüllhilfe

## Antrag Krankenzusatzversicherung

Orga-Nr.   
Vermittler-Nr.



Bitte unbedingt ankreuzen

### Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz

Neuantrag  Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS

### Wunsch nach einem Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz

Neuantrag  Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS

Sofern Sie nichts angekreuzt haben, gehen wir davon aus, dass wir für Sie ein verbindliches Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz prüfen bzw. erstellen sollen.  
Aus Gründen der Vereinfachung der Lesbarkeit werden im gesamten Dokument, auch bei Wunsch nach einem Angebot, die Bezeichnungen Antrag und Antragsteller verwendet.  
Bei Wunsch nach einem Angebot sind hier das Angebot und die um das Angebot bittende Person gemeint.

### Antragsteller

Name, Vorname  Geschlecht  m  w  
Zurzeit ausgeübter Beruf  Geburtsdatum   
Straße  Telefon   
PLZ  Ort

### Zu versichernde Personen

Person 1 (bitte auch ausfüllen, wenn Person 1 = Antragsteller)

Name, Vorname  Geburtsdatum  Geschlecht  m  w  
Nationalität  Gesetzlicher Krankenversicherer  Zurzeit ausgeübter Beruf

Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, von  bis  bei

Wurden in den letzten 3 Jahren private Krankenzusatzversicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder durch außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet oder wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche zum privaten Krankenversicherungsschutz von einem Versicherer abgelehnt?  ja  nein

Person 2

Name, Vorname  Geburtsdatum  Geschlecht  m  w  
Nationalität  Gesetzlicher Krankenversicherer  Zurzeit ausgeübter Beruf

Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, von  bis  bei

Wurden in den letzten 3 Jahren private Krankenzusatzversicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder durch außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet oder wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche zum privaten Krankenversicherungsschutz von einem Versicherer abgelehnt?  ja  nein

1/6

CSS Versicherung AG, Herrengasse 8, LI-9490 Vaduz

**1** Bitte ergänzen Sie an dieser Stelle die persönlichen Daten des Antragstellers. Überprüfen Sie bitte bei dieser Gelegenheit auch noch einmal die von uns bereits ausgefüllten Felder auf die Richtigkeit ihres Inhalts.

**2** Falls wir Ihre eMail-Adresse noch nicht haben, geben Sie diese bitte spätestens jetzt an. Selbstverständlich geben wir diese Adresse nicht weiter und wir senden Ihnen auch nicht unaufgefordert Werbung zu.

**3** Bitte ergänzen Sie hier die persönlichen Daten der Personen, die versichert werden sollen. Füllen Sie die Felder auch dann aus, wenn die zu versichernde Person der Antragsteller ist. Sofern wir Ihre Daten hatten, haben wir sie bereits für Sie eingegeben.

**Wichtig:** Bitte geben Sie die Nationalität, den Beruf und Ihre gesetzliche Krankenkasse an, anderenfalls kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

## 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.gutquenstigversichert.de](http://www.gutquenstigversichert.de)) oder via Email ([antrag@versicherung.de](mailto:antrag@versicherung.de)) kontaktieren.



Gut. Günstig.  
Versichert.

# Ausfüllhilfe

## Antrag Krankenzusatzversicherung

### Versicherungsschutz

CSS.flexi (Der Abschluss des Tarifs CSS.flexi ist nur bei Wahl von mindestens 2 Bausteinen möglich. Die Bausteine Zahnersatz top und Zahnersatz basis schließen sich gegenseitig aus.)

	Baustein Gesundheit plus	Baustein Heilpraktiker	Baustein Zahnbehandlung	Baustein Zahnersatz top	Baustein Zahnersatz basis
Person 1	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Person 2	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR

**4** Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen also nichts mehr auszufüllen.

	CSS.mini	CSS.maxi	CSS.clinic	CSS.clinic2
Person 1	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Person 2	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR

**5** Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen hier also nichts mehr auszufüllen, **außer dem gewünschten Versicherungsbeginn.**

	Versicherungsbeginn	Monatlicher Gesamtbeitrag	Zahlungsweise
Person 1	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Person 2	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich

Sofern hier keine Auswahl stattfindet, werden wir den Beitrag monatlich abrufen. Der Beitragsanruf erfolgt zum 1. eines Monats.

**6** Beachten Sie bitte, dass der Versicherer keine Rechnungen ausstellt. Eine Einzugsermächtigung bietet sich an, damit keine Beitragszahlungen in Vergessenheit geraten können und dadurch Ihr Versicherungsschutz gefährdet wird.

### Beitragszahlung

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag bis auf Widerruf von **meinem Konto** abgebucht wird und die Versicherungsleistungen auf folgendes Konto überwiesen werden (Versicherungsabschluss ist nur im Lastschriftverfahren möglich):

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	Kontonummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankinstitut	Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Diese Einzugsermächtigung gilt nur, wenn ein Vertrag mit der CSS Versicherung AG, Vaduz zustande kommt.

### Gesundheitsverhältnisse und Zusatzfragen

Beantworten Sie nachfolgend bitte die Fragen, die für Ihre beantragten Tarife bestimmt sind.

Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen	Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen
CSS.flexi		CSS.mini	6 8 9 10 11
Baustein Gesundheit plus	1 2 3 4 5 6	CSS.maxi	1 2 3 4 5 6 8 9 10 11
Baustein Heilpraktiker	1 2 3 4 5	CSS.clinic und CSS.clinic2	1 2 3 4 5 6 7
Baustein Zahnbehandlung	8 9 10 11		
Bausteine Zahnersatz top und basis	8 9 10 11		

**7** Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen. Alle Fragen beziehen sich auf den Gesundheitszustand der Personen, die versichert werden sollen. Wissentlich falsche Angaben können auch im Nachhinein dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben.

Bitte beachten Sie auch den Abschnitt „Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 11“, wenn mit ja beantwortet.“

	Person 1	Person 2
1 Körpergröße und Körpergewicht	Körpergröße cm <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Körpergewicht kg <input type="text"/>	<input type="text"/>

Sollte der Tarifbaustein „Heilpraktiker“ gewünscht werden, beantworten Sie die Fragen 1 bis 5.

Sollte der Tarif „Gesundheit plus“ gewünscht werden, zusätzlich die Frage 6.

Frage 7 muss im Tarif flexi nicht beantwortet werden.

2 Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihres Hausarztes/des Kinderarztes.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>

## 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 Krankenzusatzversicherung

	Person 1	Person 2
3 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstige Gesundheitsstörungen oder haben in den letzten 3 Jahren Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden bzw. sind angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>7</b>
4 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver HIV-Test) oder steht ein Testergebnis aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5 Bei Frauen/Mädchen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr: Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen? Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) angeben. Bitte geben Sie hierzu auch die bestehende Grunderkrankung (z. B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck, Starerkrankung, Netzhautablösung etc.) bei den näheren Angaben zu den Gesundheitsfragen an.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> l <input type="text"/> r <input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> l <input type="text"/> r <input type="text"/>
<b>Nur beantworten, wenn Frage 6 mit ja beantwortet wurde.</b> Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Brillen oder Kontaktlinsen gegen einen monatlichen Beitragszuschlag von 2,50 € (CSS.flexi Gesundheit plus) oder einen monatlichen Beitragszuschlag von 1,00 € (CSS.mini/CSS.maxi) mitversichert sind. Andernfalls besteht im gewählten Tarif kein Versicherungsschutz für Sehhilfen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt oder waren Sie in einer Kur?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8 Findet zurzeit eine Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung (z. B. Füllungstherapie, Austausch alter Füllungen etc.), die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer- bzw. Zahnregulierung statt oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?  Liegt zurzeit eine Erkrankung des Zahnfleisches, des Kiefers bzw. Kiefergelenks oder eine Zahnfehlstellung vor? Wurden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen oder Versorgungen mit Aufbiss- bzw. Zahnschienen durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>8</b>
<b>Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.</b>		
9 Fehlen derzeit Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss), die nicht ersetzt sind?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>8</b>
Anzahl <input type="text"/>		
Wurden Zähne durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anzahl <input type="text"/>		
Bitte geben Sie die Zahnnummern der fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss) sowie die Zahnnummern der durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzten Zähne an:		<input type="text"/>
Im Zweifelsfall kontaktieren Sie bitte vor Ihrer Angabe Ihren Zahnarzt.  <small>Alle tariflichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Zahnersatz der oben genannten fehlenden Zähne bzw. der Zähne, die durch herausnehmbare Zahnprothesen ersetzt sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt auch für damit im Zusammenhang durchzuführende notwendige Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähne/Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen (sog. Ankerzähne links und rechts der Zahnücke/des prothetisch versorgten Zahnes). Dieser Leistungsausschluss gilt weiterhin auch für die Ursachen und Folgen des Zahnersatzes an diesen Zähnen/Zahnlücken und für Ursachen und Folgen der Präparationen oder Aufbauten an den direkt an die Zähne/Zahnücke angrenzenden Nachbarzähnen.</small>		
10 Ist das Gebiss mit Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate, Prothesen etc.) versorgt, welcher älter als 10 Jahre ist?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>8</b>
<b>Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.</b>		

### 7 FORTSETZUNG:

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen. Alle Fragen beziehen sich auf den Gesundheitszustand der Personen, die versichert werden sollen. Wesentlich falsche Angaben können auch im Nachhinein dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben.

Sollte der Tarifbaustein „Heilpraktiker“ gewünscht werden, beantworten Sie die Fragen 1 bis 5.

Sollte der Tarif „Gesundheit plus“ gewünscht werden, zusätzlich die Frage 6.

Frage 7 muss im Tarif flexi nicht beantwortet werden.

### 8 Die Fragen nach dem Zahnzustand müssen nur beantwortet werden, wenn auch Zahnleistungen mitversichert sind.

## 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.gutqenstigversichert.de](http://www.gutqenstigversichert.de)) oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



**Gut. Günstig.  
Versichert.**

# Ausfüllhilfe

## Antrag Krankenzusatzversicherung

11 Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihres Zahnarztes.

Person 1

Person 2

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Person 1  Person 2

8

### Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 11, wenn mit ja beantwortet

Frage	Person	Genauere Krankheitsbezeichnung/ Art der Beschwerden	Ausgeheilt?			Operiert?			Name und Anschrift des Arztes/Heil- praktikers/Krankenhauses/Zahnarztes
			ja	seit wann?	nein	ja	wann?	nein	
9									

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

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen und Erläuterungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen. Mit meiner untenstehenden Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten und erkenne die Erklärungen und Erläuterungen auch als Inhalt des Vertrages an.

**Bei Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz:** Ich habe alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV), das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV, das Merkblatt zur Datenverarbeitung und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 VVG und gemäß § 28 Abs. 4 VVG erhalten und davon Kenntnis genommen. Die Inhalte dieser Dokumente und die Mitteilungen des Versicherers werden mit meiner Unterschrift wichtige Vertragsbestandteile.

**Bei Wunsch nach einem Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz:** Ich erhalte alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 VVG-InfoV, das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 und gemäß § 28 Abs. 4 VVG mit dem Angebot. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und Kenntnis von dessen Inhalt genommen. Mit meiner untenstehenden Unterschrift fordere ich Sie zu diesem verbindlichen Angebot auf.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen)

10

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

10

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers

Die Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

4/6

CSS Versicherung AG, Herrengasse 8, LI-9490 Vaduz

## 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.