

Ausfüllhilfe

Antrag Krankenhausversicherung für Frauen



Ich **beantrage** den **Abschluss**/ die Vertragsänderung einer Kranken-/ Pflegetagegeldversicherung
 Ich **wünsche** ein verbindliches **Angebot** für eine Kranken-/ Pflegetagegeldversicherung per Brief per E-Mail
 Ich bin bereits bei der uniVersa krankenversichert. nein ja, Versicherungsnummer

Betr.-BD/Agentur	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Kundennummer	Versicherungsschein-Nr.
------------------	-----------	---------------	--------------	-------------------------

1 Antragsteller bzw. Interessent

Zu- und Vorname **1** Geburtsdatum Familienstand: ledig verheiratet Telefon privat* Telefax*
 Straße, Hausnum. Telefon geschäftlich* **2**
 Postleitzahl, Wohnort

2 Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname	Zuname	Geschl.	Geburtsdatum	derzeitige berufl. Tätigkeit	selbstständig	angestellt	Beihilfe	Sonstiges
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Zu versichernde Tarife, Tagegelder, Beiträge

Pers.	EZ 1	EZ 2	EZ-E1	EZ-E 2	GZ	GZ-E	GZplus	SZ	SZ II	SZ II-E	KSKT	KT43 ¹⁾	PT-Komfort	PT-Premium	Beitrag pro Person
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ tgl.	€ tgl.	€ tgl.
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ tgl.	€ tgl.	€ tgl.
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ tgl.	€ tgl.	€ tgl.

¹⁾ Bei Beantragung des Tarifes KT43: Durchschnittliches Nettoeinkommen / Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: mtl. jährl. **4** **5**

4 Gesundheitsfragen und Zusatzvereinbarung

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz sind die vom Versicherer in Textform gestellten Fragen (hierzu zählen unter anderem neben der medizinischen Vorgeschichte, der aktuelle Gesundheitszustand, die bestehenden bzw. beantragten Vorversicherungen, die Einkommenssituation und die berufliche Situation) nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Umstände, nach denen dort gefragt wird, anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer den Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die vollständige Beantwortung nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz entnehmen Sie bitte der Seite 4.

Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

	Person 1	Person 2	Person 3
1 a. Größe:	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
1 b. Gewicht:	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
2 a. Wurde in den letzten 3 Jahren – auch vorsorglich oder zu Untersuchungszwecken – die Hilfe von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten, z.B. Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten, in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten oder Anomalien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. War in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren Pflegebedürftigkeit oder eine behördlich anerkannte Behinderung, z.B. Berufskrankheit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung? Ggf. Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – ambulant oder stationär – von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten angeraten bzw. empfohlen worden? Bestehen Folgen von Krankheiten, Operationen oder Unfällen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen für die Tarife GZ/GZ-E/GZplus:

7 a. Erfolgt zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung oder wurden zahnprothetische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays empfohlen bzw. sind diese **beabsichtigt**?

7 b. Fehlen mehr als 2 Zähne – außer Weisheitszähnen – die nicht ersetzt sind?

Zusatzvereinbarung zum Tarif GZ/GZ-E/GZplus
 Wenn die Antragsfrage 7 b mit „ja“ beantwortet wurde, bin ich mit den Leistungshöchstsätzen für die Person(en) gemäß der Zusatzvereinbarung nach Punkt 17) auf Seite 3 einverstanden.

Wurde eine der Fragen 2 a bis 7 a mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.

Zu Pers. Nr.	Zu Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, bei „sorge-/Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen Ambulant Stationär Operiert	Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei? nein ja Wenn ja, seit wann?
	6					

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 a bis 7 a nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedlichen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages/der Angebotsanforderung). Beiblatt benutzt? ja, Anzahl?

5 Angaben zu weiteren Versicherungen und Anträgen

Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren kranken- oder pflegeversichert? Wurden in diesem Zeitraum Kranken- oder Pflegeversicherungen abgelehnt (auch uniVersa Krankenversicherung a. G.)?

Zu Pers. Nr.	Name der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung	Art und Umfang der Versicherung (Krankenvoll-/Krankenzusatzversicherung, Pflegeversicherung, bei Tagegeldversicherungen Höhe des Tagegeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am
7					

- 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.
- 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.
- 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.
- Bitte ergänzen Sie unbedingt den gewünschten Versicherungsbeginn.
- Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen hier also nichts mehr auszufüllen.
- 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.
- Bitte beantworten Sie hier insbesondere die Frage, wo Ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung besteht. Ergänzen Sie auch eventuell vorhandene Krankenzusatzversicherungen.

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)
 oder via Email (antrag@versichert.de) kontaktieren.



Gut. Günstig. Versichert.

Ausfüllhilfe

Antrag Krankenhausversicherung für Frauen

6 Bankverbindung (freiwillige Angaben)

Die Beiträge sollen monatlich abgerufen werden. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt, bis auf Widerruf die Beiträge vom angegebenen Konto mittels Abrufverfahren einzuziehen; sie handelt auch im Namen und für Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Bezeichnung des Kontos	Bankleitzahl	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zu- und Vorname Kontoinhaber Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller bzw. Interessent

7 Einwilligung in die Verwendung Ihrer Daten in besonderen Fällen

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigen wir, die uniVersa Krankenversicherung a.G., personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings Ihre Einwilligung erforderlich.

Risikobeurteilung Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung bzw. vor Angebotsanforderung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. im Rahmen der Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von meiner Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

9

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Prüfung der Leistungspflicht an die beratenden, externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von meiner Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

9

8 Wichtige Hinweise

Bitte kündigen Sie Ihre Vorversicherung nicht, bevor Sie von uns eine Annahmeerklärung bzw. den Versicherungsschein erhalten haben. Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 sowie die Hinweise und Erklärungen auf Seite 3. Die Erklärungen enthalten unter anderem Einwilligungen des Antragstellers bzw. des Interessenten und der zu versichernden Person(en) zur Datenverarbeitung; sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages/dieser Angebotsanforderung.

9 Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz (Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen)

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. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911 / 5307-1789.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückerstattbar.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

10 Empfangsbestätigung (nicht erforderlich bei Angebotsanforderung)

Hiermit bestätige ich den Erhalt

des Druckstückes 315-700, Fassung _____/20 (Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung)

des Produktinformationsblattes und der Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen)

Datum der Aushändigung Unterschrift Antragsteller

11 Unterschrift(en) zur Antragstellung / Angebotsanforderung

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) bzw. Interessent

Stempel/Unterschrift Vermittler Unterschrift der mitzuversichernden Personen über 16 Jahre (bis 16 Jahre Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller bzw. Interessent)

Seite 2 von 4

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

9 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.

10 Bitte bestätigen Sie den Erhalt der entsprechenden Unterlagen, andernfalls kann der Antrag vom Versicherer nicht reibungslos bearbeitet werden.

Die Informationen finden Sie auch noch mal auf unserer Homepage, zu diesem Thema haben wir Ihnen ein gesondertes Informationsblatt mitgeschickt.

11 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)

oder via Email (antrag@versichert.de) kontaktieren.



Gut. Günstig.
Versichert.