

Ausfüllhilfe

Antrag Heilpraktikerversicherung

Antrag

Dieser Vordruck kann mehrere Anträge enthalten.
Die abgeschlossenen Versicherungen sind verschiedene,
rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.



Antragsteller		Interne Vermerke	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Telefon (freiwillige Angabe)	Vertriebspartner (werbend)	390.3905449
Familie 1 name/Firma		(bestandsführend)	
Straße, Hausnummer		Adress-Konto-Nummer	
Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum	
Telefon (freiwillige Angabe)		Cabrio-Nummer	

Zu versichernde Personen						
Person	Vorname (und Familienname, wenn er des Antragstellers abweicht)	Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	Derzeitige Tätigkeit(en), durch die der überwiegende Teil des Einkommens erzielt wird
2			m	3		4
3			m			
4			m			

Ich beantrage zum **5** für die angegebenen Personen den Abschluss einer

Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund								
Person	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag* je Person	
6		EUR		EUR		EUR	EUR	
2		EUR		EUR		EUR	EUR	
3		EUR		EUR		EUR	EUR	
4		EUR		EUR		EUR	EUR	
*) auf. einschließlich 2,56 Euro (Tarif CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (Tarif CEK-PLUS) Zuschlag für Brillen/Kontaktlinsen							Monatsbeitrag Continentale gesamt	EUR

Weiterer Termin für den Optionstarif AV-P zum _____ oder Ende der Versicherungspflicht/Familienversicherung

Krankentagegeldversicherung bei der Europa Krankenversicherung AG, Köln								
Person	Monatliches Durchschnittsnettoeinkommen:	Tariff/Beitragssatz	Monatsbeitrag	Tariff/Beitragssatz	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag je Person	
	EUR	V 43/	EUR	V	EUR	EUR	EUR	
	EUR	V 43/	EUR	V	EUR	EUR	EUR	
Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung berechnungsgemäß zu berücksichtigen.							Monatsbeitrag Europa gesamt	EUR

Person **9** Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: Wegen folgender Krankungen/Unfallfolgen: keine

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Besteht eine andere private Krankenversicherung neben der gesetzlich **7** versicherungsversicherung oder wurde eine beantragt? ja, Versicherten, Art und qff. Höhe des versicherten Taessatzes, auf. Erstattungsprozentsatz bei Zahnersatz:

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

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“
Person **8** ist versicherungslos. Art der Ausbildung: Student und zurzeit im Fachsemester und hat - ausgenommen Ausbildungsverlohn-/förderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge - keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Vertragsdauer, Beitragszahlungsweise, Erklärung zum Beitragsantritt und zur Leistungsauszahlung
Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. jährlich

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden, wenn kein Konto für Leistungsauszahlungen mitgeteilt wird.
Konto-Nummer **10** Bankleitzahl Geldinstitut
Familie **10** Name, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist.

- 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. Sie muss nicht zwangsläufig identisch mit der versicherten Person sein. Diese Felder haben wir - soweit wir konnten - schon für Sie ausgefüllt.
- Hier stehen die Daten der Personen, die versichert werden sollen. Das kann natürlich unter Umständen auch der Antragsteller sein. Bitte tragen Sie die Daten auch dann noch einmal hier ein. Diese Felder haben wir - soweit wir konnten - schon für Sie ausgefüllt.
- Bitte tragen Sie hier die Körpergröße und das Gewicht der Personen ein, die versichert werden sollen.
- Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit der Personen ein, die versichert werden sollen.
- 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.
- Hier steht die gewählte Tarifbezeichnung sowie der entsprechende Beitrag. Diese Felder haben wir schon für Sie ausgefüllt.
- Bitte geben Sie hier an, ob für die versicherten Personen (siehe Punkt 3) bereits eine private Krankenversicherung besteht oder beantragt wurde.
- Bitte geben hier an, ob sich eine der versicherten Personen (siehe Punkt 3) noch in der Ausbildung befindet. Zusätzlich tragen Sie hier bitte die Art der Ausbildung und die voraussichtliche Dauer ein.
- Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an. Von diesem Konto werden die Beiträge abgebucht sowie Leistungen vom Versicherer überwiesen.

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 Heilpraktikerversicherung

Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

A. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt?
Wann, wo, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt?
Für die Untersuchung und Schwangerschaft, wer kann Auskunft geben?

B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?

C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angesetzt oder durchgeführt?

D. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unvollständiger Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hypovolumisierung) vorgesehen?

E. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?

F. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden?
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.

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

H. Wird eine Brille oder Kontaktlinsen getragen?
Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben.

Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistungen vorsieht:
I. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt sind?
Wenn ja, bitte Anzahl angeben.

J. Ist das Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnpfropfen versorgt, die älter als 10 Jahre sind? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben.

K. Ist zahnärztliche/orthodontische Behandlung angesetzt worden oder wurde eine Behandlung begonnen? Wenn ja, was ist angesetzt worden, wer kann Auskunft geben?

Nur beantworten, wenn die Frage H mit ja beantwortet wurde und der Tarif CEB-PLUS oder CEB-PLUS beantragt wird:
L. Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind (siehe oben F), erkläre ich mich damit einverstanden, dass
 Leistungen für Brillen/Kontaktlinsen gegen Entrichtung eines monatlichen Beitragszuschlages von 2,56 Euro (CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (CEB-PLUS) mitversichert sind.
 für Brillen/Kontaktlinsen kein Versicherungsschutz besteht.

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage nähere Angaben machen (Art der Beschwerden einschließlich Operationen, Folgeerscheinungen oder Fremdkörper nach Operationen, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung, verordnete Medikamente und Dosierung, Entbindungstermin, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken usw.).

Person Frage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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 verfassten Angaben sind für den Vertragsschluss 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 arbeitslos erfolgt ist noch einen Umstand betrifft, der für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, werden sowohl Ihre eigene Kenntnis und Anwalt als auch die Kenntnis und Anwalt Ihres Vertreters berücksichtigt.

Schlussfolgerungen 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 6 a und c) und Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (siehe 7). Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

15 Generelle Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur mit meiner Zustimmung vornimmt. (Einzelheiten und mögliche Konsequenzen siehe 6 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.

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 zur privaten Krankenversicherung, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Zusatzvertrag Continental Krankenversicherung a.G., Merkblatt zur Datenverarbeitung) ausgehändigt worden sind.

Unterschrift des Antragstellers

Mit der folgenden Unterschrift beantrage ich verbindlich Versicherungsschutz:

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers, zu versichernde Person, Antragssteller, zu versichernde Person, gesetzliche Vertreter Unterschrift des Vermittlers

17

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

12 Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage nähere Angaben machen (Art der Beschwerden einschließlich Operationen, Folgeerscheinungen 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.).

13 Sollten Sie die Angaben zu den mit ja beantworteten Gesundheitsfragen (siehe Punkt 11) nicht machen können. Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an. Die Angaben zu den mit ja beantworteten Gesundheitsfragen sind dann allerdings innerhalb von 7 Tagen dem Versicherer unmittelbar mitzuteilen.

14 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 nebenstehende Feld ankreuzen.

15 Hier gehört die Unterschrift des Antragstellers (siehe Punkt 1) hin. Des Weiteren müssen hier die Personen unterschreiben, die versichert werden sollen. Es sei denn, die Person ist mit dem Antragsteller identisch oder jünger als 16 Jahre.

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

Die Informationen finden Sie auch noch mal auf unserer Homepage.

17 Hier gehört die Unterschrift des Antragstellers (siehe Punkt 1) hin. Des Weiteren müssen hier die Personen unterschreiben, die versichert werden sollen. Es sei denn, die Person ist mit dem Antragsteller identisch oder jünger als 16 Jahre.

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.