

# Antrag auf Krankenversicherung

Der Antrag ist nur mit den erforderlichen Unterschriften auf Seite 11 und 14 wirksam.

Service-Nr. \_\_\_\_\_

<b>I. Antragsteller/in = Versicherungsnehmer/in</b>	Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		
	Straße, Haus-Nr.			
	Postleitzahl, Wohnort			
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit	
			Wenn versicherungsfreier Arbeitnehmer, versicherungsfrei seit	
	Ausbildungs-/Studienende	Berufsschlüssel	Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:	
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	% Stationär %
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder			
	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> freie Wirtschaft		Berufsstellung <input type="checkbox"/> N Angestellte/r (leitend <input type="checkbox"/> T) <input type="checkbox"/> B Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> L Auszubildende/r <input type="checkbox"/> A Arbeiter/in <input type="checkbox"/> R Anwärter/in <input type="checkbox"/> S Selbstständige/r <input type="checkbox"/> W Sonstige	
			<input type="checkbox"/> ID ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IK überwiegend körperl. Beanspruchung	<input type="checkbox"/> AD ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AK überwiegend körperl. Beanspruchung
	<b>II. Beitragszahlung</b>	Bankverbindung für den Einzug von Beiträgen und Überweisung von Versicherungsleistungen. Die Beiträge sollen von nachstehender Bankverbindung bis auf Widerruf mittels SEPA-Lastschrift eingezogen werden. Wenn Beitragseinzug nicht gewünscht, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>		
IBAN				
BIC				
Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser <b>nicht</b> selbst Antragsteller ist		Name	Unterschrift	
<b>Derzeitiger monatl. Gesamttarifbeitrag</b> für die nachstehend beantragten Versicherungen			EUR	
Für diese Bankverbindung <input type="checkbox"/> ist bereits ein Mandat vorhanden <input type="checkbox"/> ist ein neues/zusätzliches Mandat notwendig (siehe letzte Seite des Antrags)				
<b>III. Zu versichernde Person(en)</b> (Anschrift nur angeben, wenn von Abschnitt I abweichend)		<b>Person 1 = Antragsteller/in</b>		Wird für den/die Antragsteller/in <b>keine</b> Versicherung beantragt, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>
	<b>Person 2</b> Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		
	Straße, Haus-Nr.			
	Postleitzahl, Wohnort			
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit	
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel	Branche
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:	
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	% Stationär %
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder			
	<b>Person 3</b> Name, Vorname, Titel			
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		

\*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Straße, Haus-Nr.				
	Postleitzahl, Wohnort				
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung				
	Ausbildungs-/Studienende	Berufsschlüssel		Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:			
	Beihilfebemessungssatz	Ambulant	%	Stationär	%
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht				
	<b>Person 4</b> Name, Vorname, Titel				
	Geburtsdatum	Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft				
	Straße, Haus-Nr.				
	Postleitzahl, Wohnort				
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung				
	Ausbildungs-/Studienende	Berufsschlüssel		Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:			
	Beihilfebemessungssatz	Ambulant	%	Stationär	%
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht				
<b>IV. Antragstellung</b>	<b>Ich beantrage den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages (ggf. einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung) für die nachstehend genannte/n Person/en (bitte ankreuzen) nach den jeweils aufgeführten Tarifen.</b>				
	Zu versichernde Person/en	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Versicherungsbeginn</b>	20	20	20	20
	<b>Tarif/e</b>				
	<i>Bei Krankentagegeldtarif: Das Krankentagegeld darf – auch unter Berücksichtigung anderweitiger Kranken(tage)geldansprüche – das durchschnittliche regelmäßige monatliche Nettoeinkommen der zu versichernden Person/en, geteilt durch 30, nicht übersteigen.</i>				
	<i>Die beantragte Karenzzeit (Tarifstufe) muss der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen.</i>				
	<i>Weitere Informationen sind der Zusatz-erklärung 3/23 (für Arbeitnehmer) bzw. 3/24 (für Selbstständige) zu entnehmen, die bei Beantragung einer Krankentagegeldversicherung dem Antrag beigelegt sein muss.</i>				
	<i>Höhe des nach dem Krankentagegeldtarif abzuschließenden monatl. Nettoeinkommens:</i>				
		Euro	Euro	Euro	Euro
	<b>Monatsbeitrag in Euro</b>				
Der <b>Gesamtbeitrag</b> für die beantragte Kranken-/Pflegeversicherung beträgt, vorbehaltlich der Beurkundung im Versicherungsschein, zur Zeit monatlich <b>EUR</b>					
Bei Tarifen, für die gemäß § 149 VAG der gesetzliche Zuschlag zur Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge im Alter gezahlt werden muss, ist dieser Zuschlag im genannten Beitrag enthalten. Der genannte Beitrag kann sich jedoch noch um einen Risikozuschlag erhöhen, sofern dieser nach Risikoprüfung durch die Hauptverwaltung zur Mitversicherung von risikoerheblichen Vorerkrankungen erforderlich ist.					
<b>V. Angaben über gestellte Versicherungsanträge</b>	Wurde/n für die zu versichernde/n Person/en jetzt oder früher Kranken- oder Pflegepflichtversicherungsanträge und/oder Anträge auf geförderte ergänzende Pflegeversicherung bei der Debeka oder bei anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt, die nicht oder noch nicht zum Vertragsabschluss geführt haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Tag der Antragstellung	20	20	20	20

\*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Grund für Nichtabschluss des Vertrages				
	Wenn Antrag noch in Bearbeitung, Datum der letzten Nachricht				
<b>VI. Angaben über bestehende/ frühere Versicherungsverhältnisse</b>	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
	• keine Vorversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	• eine gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wenn „ja“, Name der gesetzlichen Krankenversicherung				
	Pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Freiwilliges Mitglied?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Familienversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
	• ein Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Beginn des Heilfürsorgeanspruchs				
	Ende des Heilfürsorgeanspruchs				
	• eine private Krankenversicherung **) (auch Debeka-Versicherung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wenn „ja“, Name der privaten Krankenversicherung				
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	• eine gesetzliche Pflegeversicherung (auch Debeka-Versicherung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wenn „ja“, Name der Pflegeversicherung				
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	Bestehen derzeit Beitragsrückstände bei einer anderen (privaten oder gesetzlichen) Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	<b>**) Eine bestehende Versicherung sollte nicht gekündigt werden, bevor vom Vorstand der Debeka schriftlich die Annahme des Antrags erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wurde.</b>				
<b>VII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt</b>	Bestehen Kranken(tage)geldansprüche bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Kranken(tage)geldhöhe in Euro				
<b>VIII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankenhaus-tagegeldtarif beantragt</b>	Bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen (auch bei einer Unfallversicherung) oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Krankenhaustagegeldhöhe in Euro				
<b>IX. Zusätzliche Angaben, wenn Tarif mit Zahnleistungen beantragt</b>	Besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
<b>X. Zusätzliche Angaben, wenn Zusatztarif mit Pflegeleistungen beantragt</b>	Besteht bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen eine Pflegekrankenversicherung (Zusatzversicherung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Pflegekrankengeld in Euro				
	Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Werden/Wurden bereits Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige nach dem Vierten Kapitel SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegeversicherung bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>



**3.2 Heilkuren oder Sanatoriumsbehandlungen?**

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Pers. Nr.	Art der Behandlungsmaßnahme (Heilkur/Sanatoriumsbehandlung) sowie Art der Erkrankungen lt. ärztl. Verordnung (Arztdiagnose)?	von	bis

**4 Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Behandlungen/Untersuchungen?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, usw.?	Dauer des Krankenhaus-aufenthaltes		Ausgeheilt?		Zurückgebliebene Folgen/Beschwerden?
		von	bis	Ja, seit wann	Nein	
				<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"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**5 Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation, Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung vorgesehen?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der vorgesehenen Behandlungsmaßnahme (ambulante/stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation bzw. Heilkur/Sanatoriumsbehandlung sowie Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Beschwerden, usw.?)	Ab wann (voraussichtlich)?

**6 Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, die zu den bisherigen Gesundheitsfragen noch nicht angegeben wurden?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der Erkrankung usw. (Arztdiagnose)?	Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Sofern eine Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Schwerbehinderung oder ein Dienstunfall vorliegt, legen Sie bitte den Anerkennungsbescheid in Kopie bei.



	11 Besteht zurzeit Pflegebedürftigkeit?											
	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4								
<b>Zusätzliche Gesundheitsfrage, wenn eine Pflegeversicherung beantragt wird</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
	Pers. Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose) und festgestellter Pflegegrad?		Beginn der Pflegebedürftigkeit?								
<b>Name und Anschrift der Ärzte, . . .</b>	Pers. Nr.	Zur Frage Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose)?	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kurheime, Sanatorien, Zahnärzte, Kieferorthopäden usw.								
<b>Frage nach Beiblatt</b>	<b>12 Liegt dem Antrag ein Beiblatt mit weiteren Gesundheitsangaben bei?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
<b>XII. Antrag auf Wegfall der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung</b> (gilt nicht für die Tarife BT, EA, EAplus, EA55plus, EPC, EPG, EZ50, EZ70plus, ST sowie BC und BG bei Zugang zu bestehendem Tarif B bzw. NC und NG bei Zugang zu bestehenden Tarifen N, N-SB, NW, NW-SB und auch nicht für die Pflegeversicherung)	Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung für die zu versichernde/n Person/en. Die Untersuchungskosten übernehme ich. Geht das ärztliche Zeugnis auf einem mir ausgehändigten Formular des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der Debeka ein, bin ich mit der Ableistung der bedingungsgemäßen Wartezeiten einverstanden. Mir ist bekannt, dass dann ein späterer Wartezeiterlass ausgeschlossen ist.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
<b>XIII. Erklärung bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland</b>	Sofern der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt zuletzt im Ausland war: Seit wann ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt (wieder) in Deutschland?		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

**XIV. Erklärungen bei privater Pflegepflichtversicherung nach Tarif PV**

**Die Erklärungen ab Ziffer 1 sind nur abzugeben, wenn die nachstehende Frage mit „ja“ beantwortet wird.**

Bei den nach Tarif PV zu versichernden Personen handelt es sich um Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder und/oder Studenten, Fach-/Berufsfachschüler, Praktikanten?  nein  ja

Zur privaten Pflegepflichtversicherung für **mich** und ggf. der **mit**versicherten Familienangehörigen erkläre ich Folgendes:

**1. Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf jeweils 75 % (für Personen mit Beihilfeanspruch 37,5 %) des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung**

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind:

- beide Ehegatten/Lebenspartner sind privat pflegepflichtversichert (Erklärung 1.1 oder 1.2 ist bejaht) **und**
- die PPV besteht mindestens für einen Ehegatten/Lebenspartner seit 1. Januar 1995 ohne Unterbrechung (Erklärung 1.3 ist bejaht) **und**
- ein Ehegatte/Lebenspartner bezieht kein Einkommen oder bezieht nur ein geringes monatliches Gesamteinkommen, das die Einkommensgrenze für die Beitragsbegrenzung nicht übersteigt (Erklärung 1.4 bejaht).

1.1 Beide Ehegatten/Lebenspartner sind bzw. werden bei der Debeka privat pflegepflichtversichert  nein  ja

1.2 Ein Ehegatte/Lebenspartner ist bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert  nein  ja

Wenn „ja“, Name des anderen Ehegatten/Lebenspartners:

\_\_\_\_\_

Name des anderen Krankenversicherungsunternehmens mit Versicherungs-/Vertragsnummer (ein aktueller Nachweis liegt dem Antrag bei):

\_\_\_\_\_

1.3 Die private Pflegepflichtversicherung besteht mindestens für einen Ehegatten/Lebenspartner seit 1. Januar 1995 ohne Unterbrechung  nein  ja

1.4 Ein Ehegatte/Lebenspartner bezieht kein Einkommen oder ein geringes monatliches Gesamteinkommen bis zur Einkommensgrenze\*) für die Beitragsbegrenzung  nein  ja

**2. Beitragsbefreiung für mitversicherte Kinder**

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind:

- für mindestens einen Elternteil besteht ebenfalls die PPV (mindestens ein Elternteil hat PPV bei Debeka oder Erklärung 2.1 ist bejaht) **und**
- das Kind/die Kinder ist/sind **neben der PPV** nicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert (durch Pflichtversicherung, Familienversicherung oder freiwillige Mitgliedschaft) und auch nicht von der Versicherungspflicht in der SPV befreit (Erklärung 2.2, 1. Spiegelstrich ist verneint) **und**
- das Kind/die Kinder ist/sind nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig bzw. der Zeitaufwand für eine solche Tätigkeit liegt unter 18 Wochenstunden (Erklärung 2.2, 2. Spiegelstrich ist verneint) **und**
- das Kind/die Kinder hat/haben keine Einkünfte oder bezieht/beziehen nur ein geringes monatliches Gesamteinkommen, das die Einkommensgrenze für die Beitragsbefreiung nicht übersteigt (Erklärung 2.2, 3. Spiegelstrich ist verneint).

2.1 Sofern kein Elternteil bei der Debeka privat pflegepflichtversichert ist/wird: Für (mindestens) ein Elternteil besteht die private Pflegepflichtversicherung bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen  nein  ja

Wenn „ja“: Name des/eines anderweitig privat pflegepflichtversicherten Elternteils:

\_\_\_\_\_

Name des anderen Krankenversicherungsunternehmens mit Versicherungs-/Vertragsnummer (ein aktueller Nachweis liegt bei):

\_\_\_\_\_

2.2 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er)

– ist/sind nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, oder nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder hat/haben Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI  nein  ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_

– ist/sind hauptberuflich selbstständig erwerbstätig (Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden)  nein  ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_

– hat/haben ein monatliches Gesamteinkommen über der Einkommensgrenze \*) für die Beitragsbefreiung  nein  ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_

2.3 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) hat/haben Grundwehr-/Zivildienst abgeleistet (nur für männliche Kinder zu beantworten, die das 25. Lebensjahr vollendet haben)  nein  ja

Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_

(Ein Nachweis über Beginn und Ende der geleisteten Dienstpflicht liegt bei)

2.4 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) hat/haben (frühestens seit 1. Juli 2011) einen freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, eine Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes abgeleistet (nur für Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; anerkannt wird eine Dienstzeit von maximal zwölf Monaten)  nein  ja  
 Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_  
**(Ein Nachweis über Beginn und Ende des geleisteten freiwilligen Dienstes liegt bei)**

2.5 Das/Die mitversicherte(n) Kind(er) ist/sind wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande, für seinen/ihren Unterhalt selbst zu sorgen  nein  ja  
 Wenn „ja“, Name des Kindes/der Kinder: \_\_\_\_\_  
**(Eine fachärztliche Bescheinigung über Art – genaue Diagnose – und Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung liegt bei)**

**3. Beitragseinstufung für beitragspflichtige Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB XI**

3.1 Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind hauptberuflich selbstständig erwerbstätig (Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden)  nein  ja  
 Wenn „ja“: Name(n) der zu versichernden Person(en): \_\_\_\_\_

3.2 Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind pflegebedürftig  nein  ja  
 Wenn „ja“, Name(n) der zu versichernden Person(en): \_\_\_\_\_

**(Ein aktueller Nachweis über Einschreibung zum Studium, Fach-/Berufsfachschulbesuch bzw. vorgeschriebenes Praktikum liegt bei)**  
 Bei Anwendung einer Beitragsbegrenzung aufgrund der o.g. Angaben verpflichte ich mich, bei Veränderungen die Debeka zu informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf Beitragsbegrenzung bestand, werde ich die Mehrbeiträge nachentrichten.

\*) Als **Gesamteinkommen** gilt hier die Summe der Einkünfte (z. B. aus Dienstbezügen, Gehältern, Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen, Pensionen, Renten – ggf. auch Waisen-/Halbwaisenrente bzw. -geld – und Einkünfte aus selbstständiger Berufstätigkeit), die dem jeweiligen Ehegatten/Lebenspartner bzw. Kind zuzuordnen sind, im Sinne des Einkommensteuerrechts. Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge **nicht** abzuziehen: Der Altersentlastungsbeitrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4 f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nicht selbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Im Übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungs- bzw. Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BaföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.  
 Anspruch auf **Beitragsbegrenzung** für Ehegatten/Lebenspartner bzw. auf **Beitragsbefreiung** für mitversicherte Kinder besteht, wenn die **Einkommengrenze** nicht überschritten wird. Diese beträgt im Jahr 2017 450 EUR/Monat, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten im Jahr 2017 425 EUR/Monat.

<b>XV. Wichtige Informationen</b> (insbesondere zum Vertragsabschluss, den maßgebenden Vertragsinformationen/Bedingungen, den Wartezeiten und zum Widerspruchsrecht)	1. Unser Mitarbeiter/innen sind nicht berechtigt, irgendwelche Zahlungen entgegen zu nehmen.	
	2. Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern untersagt und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherungsschutz. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Vorstand sie schriftlich genehmigt.	
	3. Eine Zweitausfertigung des Antrags wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt oder auf Wunsch zugesandt.	
	<b>4. Der Krankenversicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wird.</b>	
	5. Maßgebend für das Versicherungsverhältnis sind die folgenden Vertragsinformationen/Bedingungen, die Sie dem USB-Stick/der CD-ROM unter der jeweils angegebenen Dokument-Nr. entnehmen können.	
	<b>Bezeichnung</b>	<b>Dokumentenname</b>
	• Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	380
	• Satzung	AKV1
	• Vertragsinformationen	III88
	• Weitere Vertragsinformationen	3107
• Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I: Musterbedingungen, Teil II: Tarif/e mit Tarifbedingungen). Die jeweiligen Musterbedingungen richten sich nach dem/den beantragten Tarif/en.		
<b>Tarife</b>	<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen für</b>	<b>Dokumentenname</b>
ANWN, B, BC, BG, EA, EAplus, EA55plus, EZ50, EZ70plus, HS, HS-Comfort, KHT, N, NC, NG, Nmed, N-SB, NW, NW-SB, WKplus, WL	die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK)	BKV1
KG, KT, KTmed	die Krankentagegeldversicherung (MB/KT)	BKV2

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen für	Dokumentenname
PVB, PVN	die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)	BKV6
ST	den Standardtarif (MB/ST)	CKV50
EPG	die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV)	BKV29
EPC	die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV)	BKV16
Außerdem gelten für den Tarif ARL die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARL)		CKV55
<p>6. Für die Wartezeiten und die Möglichkeiten eines Wartezeiterlasses gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. In der privaten Krankenversicherung beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besondere Wartezeit – für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – acht Monate.</p> <p>7. Beim unmittelbaren Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung ist – nach Annahme des Antrags – für die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine Bescheinigung über die Dauer der ununterbrochenen Vorversicherungszeit erforderlich. Dies gilt analog beim Wechsel aus einer anderen privaten Krankenversicherung mit Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge benötigen wir zur Anrechnung der Dienstzeit auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine entsprechende Dienstzeitbescheinigung.</p> <p>8. Bei neuverheirateten Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person ist für den Erlass der allgemeinen Wartezeit die Heiratsurkunde (gegen Rückgabe oder in Kopie) vorzulegen.</p> <p>9. Ist nach dem/den beantragten Tarif/en der Erlass der Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand möglich und wird dieser Wartezeiterlass gewünscht, muss dies in Abschnitt XII. ausdrücklich beantragt werden.</p> <p>10. Die Nummern 7. bis 9. gelten nicht für die Pflegeversicherung. Auf die Wartezeiten in der privaten Pflegepflichtversicherung wird aber beim unmittelbaren Übertritt aus der sozialen Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen die nachgewiesene Vorversicherungszeit angerechnet.</p> <p><b>11. Nach § 8 VVG können Sie diesen Antrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nicht vor Zugang des Versicherungsscheins. Eine ausführliche Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.</b></p> <p>12. Bitte beachten Sie bei der Tarifwahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.</p> <p>13. Die Kündigung einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung wird nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen nur wirksam, wenn dem bisherigen Versicherer bis vor Ablauf der Kündigungsfrist ein Anschlussversicherungsnachweis vorgelegt wird. Diesen Nachweis erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.</p> <p>14. Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.</p> <p>15. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist.</p> <p>Der Monatsbeitrag für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung setzt sich aus einem Eigenanteil des Versicherungsnehmers von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle an die Debeka gestundet.</p>		
<b>XVI. Schluss- erklärungen</b>	<p>1. Meine Unterschrift und Erklärungen gelten für alle von mir beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen.</p> <p>2. Mir ist bekannt, dass Abweichungen vom gültigen Tarifbeitrag nicht möglich sind, und dass bei eventuellen Abweichungen der Tarifbeitrag als beantragt gilt</p> <p>3. Ich bin damit einverstanden, dass der Erstbeitrag nach Ablauf von einer Woche ab Versendung des Versicherungsscheins eingezogen wird, frühestens jedoch unmittelbar zum Versicherungsbeginn. Das Widerrufsrecht nach § 8 VVG bleibt davon unberührt. Mit einem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist, insbesondere bei einer Anschlussversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) an einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung oder an einen Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, bin ich einverstanden.</p> <p>4. Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für den Erhalt der staatlichen Zulage gemäß § 126 SGB XI bei allen zu versichernden Personen vorliegen. Keiner der zu versichernden Personen bezieht oder hat Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige nach dem Vierten Kapitel SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen. Die zu versichernden Personen verfügen über eine aktive soziale oder private Pflegepflichtversicherung.</p> <p>5. Ich verpflichte mich, der Debeka alle Änderungen der Verhältnisse, die die Zulageberechtigung nach § 126 SGB XI auslösen oder beenden, unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>6. Hiermit bestätige ich, folgende Unterlagen erhalten zu haben:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Produktinformationsblatt</p> <p>2. <input type="checkbox"/> KV-Beitragsentwicklung und Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 6 VAG</p>	

3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und weitere Vertragsinformationen in folgender Form:

- Antragsbezogen erstellter Datenträger:  CD-ROM oder  USB-Stick. Mit dieser Form der Bereitstellung bin ich einverstanden.
- nachträgliche Informationen (nur in Ausnahmefällen mit gesonderter schriftlicher Verzichtserklärung)

**Vergewissern Sie sich bitte, ob alle Angaben vollständig und richtig sind – insbesondere die Angaben über die Gesundheitsverhältnisse in Abschnitt XI. –, da Sie dafür verantwortlich sind. Hinsichtlich der Gesundheitsangaben verweisen wir ausdrücklich auf den davor stehenden hervorgehobenen Hinweistext. Ihre Angaben sind Grundlage unserer Antragsprüfung. Dies gilt auch bei einem Probeantrag. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt.**

**Darüber hinaus sind die gesondert abzugebenden Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung (Seiten 12 bis 14) Bestandteil dieses Antrags.**

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person(en), falls nicht selbst Antragsteller (ab 18 Jahre)

Telefon/Telefax

- privat  
 dienstlich

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist.  allein sorgeberechtigt

Datum und Unterschrift des (der) Vermittler(s)

## Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung

### Information zur Verwendung Ihrer Daten bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden Debeka genannt)

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Versicherungsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter „www.debeka.de/datenschutz“ abrufen können. Eine Übersicht der Unternehmen unserer Debeka-Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister (Dienstleisterübersicht), zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie ebenfalls im Internet abrufen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder senden Ihnen diese per Post zu. Bitte wenden Sie sich dafür an den

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Datenschutzbeauftragter

Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18

56058 Koblenz

Telefon: (0261) 498 - 3080

E-Mail: datenschutzbeauftragter@debeka.de

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie unter der oben angegebenen Adresse geltend machen.

Ihre personenbezogenen Daten können wir ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für Versicherungs- und Finanzprodukte der Unternehmen der Debeka-Gruppe verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die im Antrag genannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

### Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

**Ich willige ein**, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung gemeinsamer Datensammlungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Leistungsbearbeitung durch ein Notfallpartnerunternehmen. Da die Debeka einige Dienstleistungen aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen nicht selbst erbringen kann, arbeitet die Debeka mit sogenannten Assistance-Unternehmen zusammen. Diese erbringen Assistance-Leistungen, wie die 24-stündige Erreichbarkeit bei Leistungsfragen und helfen bei der Bearbeitung von Leistungsfällen im Ausland.
- zur Einholung von Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung bei den anderen Unternehmen der Debeka-Gruppe oder durch die Beauftragung von Auskunftsteilen (z. B. SCHUFA) und zur Einholung von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und Verwendung von Anschriftendaten bei der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99 in 76532 Baden-Baden.

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Vorversicherer weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. wie Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

**Ich willige ein**, dass die Debeka, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein. Eine Ausnahme findet sich in den Regelungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke (siehe Punkt 2).

#### 2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

##### 2.1 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

**Ich willige ein**, dass die von der vorstehenden Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung verwendet werden dürfen

- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragstellung genannt habe
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln
- zur Leistungsbearbeitung durch ein Notfallpartnerunternehmen im Rahmen der Assistance-Leistungen
- zur Beratung, Information und Antragsvermittlung von Versicherungsprodukten oder sonstigen Finanzdienstleistungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe. Zu diesem Zweck dürfen sie an den für mich zuständigen Vermittler weitergegeben werden.

## 2.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit den Versicherer von der Schweigepflicht.

### Einwilligung in die Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten für Gesundheitservices und -programme

Um Ihnen zukünftig besondere Gesundheitservices und -programme anbieten zu können, ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer mit diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten notwendig. Hierfür analysieren wir die mitgeteilten oder eingereichten Gesundheitsdaten nach bestimmten Kriterien. Die Analyseergebnisse werden ausschließlich bei der Debeka gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Sofern für Sie die Teilnahme an einem Gesundheitservice oder -programm relevant ist, erhalten Sie ein konkretes Angebot sowie eine Schweigepflichtentbindungserklärung mit weiteren Erläuterungen von uns. Sie entscheiden **erst zu diesem Zeitpunkt**, ob Sie einer Teilnahme und einer Weiterleitung Ihrer Daten an den jeweiligen Kooperationspartner zustimmen.

Die aktuellen Gesundheitservices und -programme finden Sie auf unserer Internetseite <https://www.debeka.de/service/progesundheit/index.html>. Bitte beachten Sie, dass diese sich entsprechend des Versorgungsbedarfs ständig verändern.

**Ich willige ein**, dass meine Gesundheitsdaten zu den oben genannten Zwecken verwendet werden.

Sofern Sie dies nicht wünschen, können Sie Ihre Einwilligung jederzeit formlos widerrufen.

### Einwilligung in die Datenverarbeitung sowie für die Datenübermittlung zwischen dem Betreiber des Gesundheitstelefon und dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bei Versicherung nach Tarif EPC und/oder EA55plus

Um Ihnen einen besseren Service anbieten zu können, stellen wir Ihnen über unseren Kooperationspartner ein Gesundheitstelefon bereit. Den aktuellen Anbieter des Gesundheitstelefon können Sie unserer Internetseite entnehmen. Sie haben die Möglichkeit zu ausgewählten Themen eine telefonische Beratung oder den Terminvereinbarungsservice in Anspruch zu nehmen. Sofern Sie von dieser Serviceleistung Gebrauch machen, werden bei Ihrem Anruf Ihre personenbezogenen Daten von dem Betreiber des Gesundheitstelefon erhoben und verarbeitet. Je nach Anliegen können auch Gesundheitsdaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass, sofern ich den Service des Gesundheitstelefon nutze, der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten und, soweit erforderlich, die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken an die Debeka übermittelt.

Weiterhin ist mir bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon die allgemeinen personenbezogenen Daten und ggf. von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung an die Debeka übermittelt. Ich befreie zu den vorgenannten Zwecken den Betreiber des Gesundheitstelefon von seiner Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten.

### Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme

#### Unser Service zu Ihrem Vorteil

Über Ihren bestehenden Versicherungsschutz hinaus möchten wir Sie gerne auch über andere bzw. neue Angebote der Debeka-Unternehmen informieren und – sofern von Ihnen gewünscht – konkrete Absicherungsvorschläge unterbreiten. Einfach und schnell funktioniert dies am besten über eine vorherige Kontaktaufnahme per Telefon/E-Mail. Um unseren Service auf diesem Wege leisten zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig, hat keinen Einfluss auf bestehende oder zukünftige Verträge und kann jederzeit widerrufen werden bei: Debeka-Unternehmen, 56058 Koblenz.

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
1					
2					
3					
4					

- Ich gestatte den Debeka-Unternehmen (Krankenversicherungsverein a. G., Lebensversicherungsverein a. G., Allgemeine Versicherung AG, Pensionskasse AG, Bausparkasse AG) bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich auch telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Unternehmen zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Weg Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Unternehmen zu unterbreiten sowie mich zur Markt- und Meinungsforschung für die Debeka-Unternehmen zu befragen. Meine Kontaktdaten dürfen von den Debeka-Unternehmen zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden.
- Ich möchte den Service der Debeka-Unternehmen nicht in Anspruch nehmen und stimme einer werblichen Kontaktaufnahme per Telefon/E-Mail nicht zu.

**Einwilligung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz an die Finanzbehörden**

Seit 2010 können Beiträge zur privaten Krankenversicherung abhängig vom Versicherungsschutz zumindest anteilig als Vorsorgeaufwendungen unbeschränkt geltend gemacht werden; Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe abzugsfähig. Voraussetzung der Steuerminderung ist allerdings, dass wir die steuerlich begünstigten gezahlten und erstatteten Beiträge unter Verwendung Ihrer Steuer-Identifikationsnummer sowie Ihrer Debeka-Service-Nummer gemäß amtlich vorgeschriebenen Datensatzes an die Deutsche Rentenversicherung Bund melden. Diese wird die Daten an die Finanzverwaltung weiterleiten.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag beim Finanzamt stellen, kann Ihr Dienstherr/Arbeitgeber auf die Daten bei der Finanzverwaltung zugreifen, um die abzugsfähigen Beiträge bereits bei der Lohnsteuer zu berücksichtigen.

Damit wir die steuerlich begünstigten gezahlten und erstatteten Beiträge unter Verwendung Ihrer Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung übermitteln dürfen, benötigen wir Ihre folgende Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die steuerlich begünstigten Beiträge unter Verwendung der Steuer-Identifikationsnummer sowie meiner Service-Nummer gemäß amtlich vorgeschriebenen Datensatzes an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt. Ohne die Einwilligung können meine Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht unbeschränkt steuermindernd berücksichtigt werden. Dies gilt auch, wenn ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

**Steuer-Identifikationsnummer(n) (TIN) der zu versichernden Person(en):**

(Bitte nicht die eTIN \*) laut Lohnsteuerbescheinigung angeben)

TIN											Für (Name, Vorname)

\*) Die eTIN besteht im Gegensatz zur Steuer-Identifikationsnummer (TIN) aus einer Ziffern- und Buchstabenfolge.

**Bevollmächtigung zur Datenübermittlung nach § 128 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)**

Bei der seit Januar 2013 staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung wird derjenige, der eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung abschließt, mit einer staatlichen Förderung belohnt. Die Förderung geschieht dabei auf direktem Wege. Voraussetzung dafür ist, dass die Zulage für die zulagenberechtigte Person entsprechend dem in § 128 SGB XI beschriebenen Verfahren mittels amtlich vorgeschriebenem Datensatz bei der Deutschen Rentenversicherung Bund beantragt wird. Hierfür benötigen wir folgende Vollmacht.

Ich bevollmächtige den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., meine Zulage für die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung für jedes Beitragsjahr bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beantragen. Hierzu werden gemäß amtlich vorgeschriebenem Datensatz meine Daten an die Zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt. In diesem Zusammenhang wird auch die Zulagenummer (= Rentenversicherungsnummer) übermittelt.

Sofern noch keine Zulagenummer (= Rentenversicherungsnummer) besteht, bevollmächtige ich den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zulagenummer für mich zu beantragen.

Besteht bereits bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. eine geförderte Rentenversicherung willige ich ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die im Rahmen der geförderten Rentenversicherung gespeicherte Rentenversicherungsnummer bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. erhebt und im Rahmen der förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung nutzt.

**Zur Beantragung der Zulage benötigen wir für alle versicherten Personen mit geförderter ergänzender Pflegeversicherung folgende Angaben:**

	Name, Vorname Geburtsname, sofern abweichend vom Namen	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnummer
1				
2				
3				
4				

**Der Abschluss einer geförderten ergänzenden Pflegeversicherung ist nicht bei mehreren Versicherungsunternehmen gleichzeitig möglich.**

**Erklärung für mitzuversichernde Personen**

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich **auch** für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

**Unterschriften zum Antragsteil „Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung“**

Ohne die nachfolgend vorgesehene/n Unterschrift/en kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Datum, Unterschrift der volljährigen mitzuversichernden Person(en)

Datum, Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person(en) – bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter  allein sorgeberechtigt

# SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Mandat für wiederkehrende Lastschriften für die **Debeka Versicherung**

Debeka Koblenz, Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56058 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE54 DBK 000000 54093**

Ich ermächtige die Debeka Koblenz, Zahlungen sowie etwaige Rückbelastungsgebühren von meiner Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Debeka Koblenz auf meine Bankverbindung gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags bei meinem Kreditinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der die Abbuchung vorab angekündigt wird, auf mindestens drei Werktage verkürzt wird.

Falls sich meine Daten ändern, benachrichtige ich umgehend die Debeka Koblenz.

## Bankverbindung

IBAN

BIC  Kreditinstitut

## Kontoinhaber

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift