

KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Neuantrag Veränderungsantrag BD/Vers.Nr.: _____

Herr Frau Name, Vorname, Titel _____ Geburtsdatum _____ Staatsang. ledig verh. gesch. verw.

Straße, Hausnummer _____ private Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____ dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____ Mobil-Telefon-Nr. *) _____ E-Mail-Adresse *) _____

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) _____ persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID) _____ *) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Berufsstellung: (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner

Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung (Ziffer siehe oben)
1	Antragsteller oder _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben bei Krankheitskosten-Vollversicherung bzw. Pflegepflichtversicherung:

Pers.	persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)	Hinweis: Bitte beachten Sie in den Antragsschlussserklärungen die „Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden“. Falls Sie diese Einwilligung nicht erteilen bzw. eine bestehende Einwilligung widerrufen, kann dies mit Nachteilen (verminderte steuerliche Abzugsfähigkeit von Versicherungsbeiträgen) verbunden sein.	Keine Einwilligung bzw. Widerruf
1	_____		für Person 1 <input type="checkbox"/>
2	_____		für Person 2 <input type="checkbox"/>
3	_____		für Person 3 <input type="checkbox"/>

Beantragte Krankenversicherung	Person 1			Person 2			Person 3			
	Beginn <input type="text" value="01."/>	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR	Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR
Kostensatz (Ambulante Behandlung, Krankenhausbehandlung, Kuren, Zahnbehandlung und -ersatz; Reiseversicherung, je nach Tarif)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesetzlicher Zuschlag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tagegeld - Krankenhaus - Arbeitsunfähigkeit - Pflege (Ergänzung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beitragsermäßigung im Alter	Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung gesamt	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Entfallende Tarife	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

Ergänzende Angaben zum Beruf

Person <input type="checkbox"/>	Art: a, b, c, d	seit wann?	Anz. Mitarbeiter	Person <input type="checkbox"/>	Art: a, b, c, d	seit wann?	Anz. Mitarbeiter
1. Haben Sie (a) ein Ladengeschäft, (b) einen Gewerbebetrieb, (c) eine Praxis oder (d) einen sonstigen freien Beruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Besteht Anspruch auf Gehalts-/Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, wie lange?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tage <input type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tage <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beantragte Pflegepflichtversicherung - Beginn

Pers.	Tarif	Beitragsrate monatlich EUR	Bisherige private Pflegeversicherung Versicherer	ununterbrochen seit	Monatliches Gesamteinkommen *) höher als Einkommensgrenzwerte?	Ehegatten-/Lebenspartner Beitragsbegrenzung? *)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

*) Eine Beschreibung der Voraussetzungen einer Beitragsfreiheit für Kinder und einer Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner finden Sie auf den Folgeseiten unter der Rubrik „Weitere Hinweise“. Dort finden Sie auch Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens und zu den in diesem Zusammenhang relevanten „Einkommensgrenzwerten“ = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2014: 395 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 450 EUR.

Beitragsfreiheit für Kinder

Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für die Person(en) _____ und bestätige, dass das monatliche Gesamteinkommen dieser Person(en) nicht über den Einkommensgrenzwerten = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2014: 395 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 450 EUR - liegt.

Besondere Vereinbarungen (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)

Ich beantrage folgende Vereinbarung: _____

SEPA-Lastschriftmandat Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE82ZZZ00000010327

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN **Bankleitzahl** **Konto-Nr. (max. 10 Stellen)** **BIC (8 oder 11 Stellen)** **Name des Kreditinstitutes**

Kontoinhaber: Antragsteller **oder:** folgende Person: **Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:** **Unterschrift des Kontoinhabers**

Sonstige Kranken-/Pflegeversicherungen und Ansprüche der zu versichernden Personen

1. Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen gesetzlich oder privat kranken-/pflegeversichert?

Pers.	von	bis	Vers.-Pflicht	
			nein	ja
<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"/>

2. Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? nein ja
 Person, Versicherer, Einzelheiten _____

3. Wurde ein Krankenversicherungsvertrag vom Versicherer angefochten oder durch Rücktritt beendet oder wurde ein Antrag auf Krankenversicherung abgelehnt? nein ja _____

4. Besteht Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe im Krankheitsfall?

Für Heilfürs.				Beihilfe im Krankheitsfall				Für Heilfürs.				Beihilfe im Krankheitsfall			
Pers.	nein	ja	%	Pers.	nein	ja	%	Pers.	nein	ja	%	Pers.	nein	ja	%
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung a. G. vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

Wichtig: Beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf der Folgeseite.

Gegenwart	Person 1	Person 2	Person 3
1. Körpergröße und Körpergewicht:	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg
2. Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Besteht eine HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vergangenheit			
7. Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zukunft			
11. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:			
12. Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>

Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.

Zu Pers.	Zu Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Beschwerden, Unfallfolgen, Arzneimittel und Dosierung, Untersuchungsergebnisse, zu behandelnde Zähne	Operation	ambulante Behandlungen von - bis	stationäre Behandlungen von - bis	ausgeheilt ja, seit	nein	Anzahl der AU-Tage	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<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"/>		
<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"/>		

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt (bitte auch unterschreiben) als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussfolgerungen zum Inhalt dieses Antrages. **Lesen Sie bitte zudem die nachfolgende gesamte „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.** Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung a. G., 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie mitunterzeichnende zu versichernde Personen die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum _____ Antragsteller Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller

Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

Hiermit erkläre ich, dass die an den Anträgen beteiligten Personen die Unterschrift in meiner Gegenwart eigenhändig geleistet haben.
 Antragsvermittler / Telefon
 Register-Nr.: _____

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich, dass ich die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ erhalten habe. Ich habe diese auch zur Kenntnis genommen.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum Antragsteller Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtig oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? - Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes - Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung - Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertrag-

liche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung - Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte - Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person - Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

- wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen 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 durch die Barmenia Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Krankenversicherung a. G. von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich sowie die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. (siehe unter 3.) und

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Barmenia Krankenversicherung a. G. konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. – soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Barmenia Krankenversicherung a. G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Krankenversicherung a. G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Barmenia Krankenversicherung a. G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Barmenia Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Barmenia Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung a. G., Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Barmenia Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Vo-

oraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Anlage: Liste zu 3.2

Barmenia Unternehmen, die am gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen

- Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
- Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
- Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal

Partner	Aufgabe(n) des Dienstleisters
Ärzte u. a.	Beratung in medizinischen Fragestellungen, Erstellung von Gutachten
Anycare GmbH Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart	Disease-Management-Programme
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI) 1300 Concord Terrace, Suite 300 Sunrise, Florida 33323 USA	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
IMB Consult GmbH Amtmann-Ibing-Straße 10, 44805 Bochum	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
Indento GmbH Ruhrallee 191, 45136 Essen	Zahnmedizinisches Management
International SOS Emergency Services (Deutschland) GmbH Hugenottenallee 167, 63263 Neu-Isenburg	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH Michaelisstrasse 24, 20459 Hamburg	Stationäres Leistungsmanagement
PAV CARD GmbH Hamburger Str. 6, 22952 Lütjensee	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Quality Smile GmbH Schloss-Str. 51, 56068 Koblenz	Zahnmedizinisches Management
ROLAND Assistance GmbH Deutz-Kalker Straße 46, 50679 Köln	Disease-Management-Programme und medizinisches Beratungstelefon („Barmenia-MedLine“)
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt Kadipasa Mah. Keykubat Bulvarı Seher Yildizi Apt No 6, 07400 Alanya/Antalya/Turkey	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
ViaMed GmbH Motorstraße 52, 70499 Stuttgart	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
IT-Dienstleister	Wartung und Pflege von Hard- und Software

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen**Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld**

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Barmenia Krankenversicherung a. G. den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ich willige ferner ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. zu diesem Zweck meine persönliche Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf, sofern ich sie nicht bereits mitgeteilt habe.

Die Einzelheiten zum Verfahren der Datenübermittlung sowie zur Einwilligung und zum Widerrufsrecht des Steuerpflichtigen ergeben sich aus § 10 Einkommensteuergesetz.

Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Krankenversicherung a. G. eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Krankenversicherung a. G. an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt:

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung a. G. von ihrer Schweigepflicht.

Zustimmung zu Bonitätsauskünften

Für die Beurteilung des zu versichernden Risikos kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die Auskünfte über Ihre Bonität und Ihr Zahlungsverhalten vorhalten (z. B. Infoscore Consumer Data GmbH). Zu diesem Zweck werden wir der Auskunft auf der Grundlage Ihrer nachfolgenden Einwilligung Ihre allgemeinen Identifikationsdaten (Namen, Vornamen, Adresse und Geburtsdatum) sowie vereinzelt zum Nachweis unseres berechtigten Auskunftsinteresses auch die Art der von der abgefragten Person beantragten Versicherung mitteilen.

Ich willige ein, dass der Versicherer zur Entscheidung über den Vertragsschluss Informationen über meine Bonität und mein bisheriges Zahlungsverhalten bei Auskunfteien einholt und diesen meine vorgenannten Identitätsdaten sowie zu Nachweiszwecken die Art der beantragten Versicherung mitteilt.

HINWEISE**Durchschrift des Antrages**

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung

Für die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherungen wird der Vertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, für die Krankentagegeldversicherungen für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Wechsel des privaten Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden privaten Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht;
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

WEITERE HINWEISE zur Pflegepflichtversicherung**Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung**

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es besteht keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung;
- es liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vor;
- es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung;
- es wird keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt;
- es wird kein Gesamteinkommen erzielt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2014: 395 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR. *(Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)*

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit von Kindern:

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst leisten.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst, einen anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer gem. Entwicklungshelfer-Gesetz für die Dauer von höchstens 12 Monaten.

Ohne Altersgrenze beitragsfrei versichert sind behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten.

Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner

Ehe-/eingetragene Lebenspartner haben Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn beide privat pflegeversichert sind und mindestens einer seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegeversichert ist. Außerdem darf einer der beiden kein Gesamteinkommen erzielen, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2014: 395 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR. *(Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)*

Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens

Zum Gesamteinkommen rechnen die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Vom Gesamteinkommen nicht abzuziehen sind: Der Altersentlastungsbetrag, 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. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen (z. B. Zinszahlungen) sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschafts-/Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BaFöG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.