

KRANKENTAGEGELD,
PFLEGETAGEGELD,
KRANKENHAUSTAGEGELD

DEVK
VERSICHERUNGEN

VORSORGE FÜR UNGESUNDE ZEITEN.
DEVK. PERSÖNLICH, PREISWERT, NAH.

Wir (ver)sichern Ihren Lebensstandard!

Wohnung, Haus, Auto, Urlaub, Hobby, Freizeitvergnügen, all das gehört zum Lebensstandard.

Womit finanzieren Sie ihn?

„Natürlich mit meinem Einkommen.“

Und woher haben Sie Ihr Einkommen?

„Ich bin gesund und kann arbeiten.“

Genau!

Doch was ist, wenn es mit der Gesundheit mal bergab geht?

Können Sie Ihren Lebensstandard noch halten, wenn Ihnen bereits nach sechswöchiger Krankheit plötzlich ein Viertel Ihres Nettoeinkommens fehlt? Oder wenn sich Ihr Vermögen wegen teurer Pflegekosten in Windeseile aufbraucht?

Nein? Dann haben wir etwas für Sie.

Die Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den jeweiligen, den Tarifen zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I bis III).

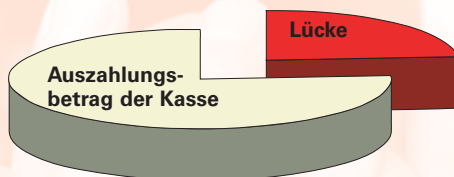
Krankentagegeld

Längere Arbeitsunfähigkeit kann richtig bitter werden, wenn plötzlich das Geld für die alltäglichen Dinge des Lebens fehlt.

»» *„Wird mein Gehalt denn nicht weiter gezahlt?“*
Für die ersten sechs Wochen zahlt der Arbeitgeber noch Ihr Gehalt. Danach übernimmt die Krankenkasse – sie zahlt jedoch nur maximal 90 Prozent Ihres Nettoeinkommens!

Hiervon gehen noch die Arbeitnehmeranteile zu den Sozialversicherungen ab, insgesamt 13,85 Prozent*.

»» **Ihnen fehlt also knapp ein Viertel Ihres gewohnten Nettos!**



Eine Beispielrechnung:

Ihr monatliches Netto:	1.585,00 Euro
die „Kasse“ zahlt max. 90 %:	1.426,50 Euro
minus 13,85 %*:	197,57 Euro
Auszahlung der „Kasse“:	1.228,93 Euro
Lücke im Vergleich zum Netto:	356,07 Euro

Ihre laufenden Kosten müssen jedoch weiter gezahlt werden, z. B. Miete, Darlehen, Unterhaltszahlungen, Bau- oder sonstige Finanzierungen.

»» **Schließen Sie Ihre Einkommenslücke**
– **damit Ihr Eigentum Ihr Eigentum bleibt!**

* im Bundesland Sachsen 14,35 Prozent

Pflegetagegeld

Mehr als zwei Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, davon sind 20 Prozent noch nicht einmal im Rentenalter. Unfall und Krankheit sind eine oft unterschätzte Ursache für Pflegebedürftigkeit.

»» **Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet nur eine Grundversorgung.**

Ihr Anspruch richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Unterschieden wird nach:

Pflegestufe I erheblich pflegebedürftig	Pflegestufe II schwer pflegebedürftig	Pflegestufe III schwerst pflegebedürftig
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

»» *„Wie viel steht mir denn aus der Pflegekasse zu?“*
Bei häuslicher/teilstationärer Pflege zahlt die Pflegekasse monatlich:

384 Euro	Pflegestufe I
921 Euro	Pflegestufe II
1.432 Euro	Pflegestufe III

Eine Stunde Pflege kostet zurzeit ca. 30 Euro.

Bei Pflegestufe III entstehen dadurch Kosten von ca. 4.500 Euro monatlich.

Ihr Eigenbehalt: 3.068 Euro – Monat für Monat!

Bei vollstationärer Pflege zahlt die Pflegekasse monatlich:

1.023 Euro	Pflegestufe I
1.279 Euro	Pflegestufe II
1.432 Euro	Pflegestufe III

Die Kosten für einen Heimplatz betragen je nach Pflegestufe bis zu 3.000 Euro im Monat. Die gesetzlichen Leistungen sind auf 15.339 Euro pro Jahr begrenzt und umfassen nicht die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Bei Pflegestufe III beträgt **Ihr Eigenanteil etwa 21.000 Euro pro Jahr!**

Schützen Sie Ihr Vermögen und auch das Ihrer Kinder!

Nach dem **Sozialgesetzbuch** werden – nachdem die eigenen Mittel erschöpft sind – Ehepartner und Kinder in die Pflicht genommen. Anschließend bleibt nur noch die Sozialhilfe.

Gehen Sie kein Risiko ein! Vertrauen Sie auf die Leistungen unserer Pfl egetagegeldversicherung:

Für **häusliche oder teilstationäre Pflege** werden

- » in Pflegestufe III: 100 Prozent
- » in Pflegestufe II: 65 Prozent
- » in Pflegestufe I: 25 Prozent

des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.

Für **vollstationäre** Pflege werden 100 Prozent des vereinbarten Tagessatzes gezahlt – wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist.

- » „Wie hoch sollte mein Pfl egetagegeld sein?“
 - » Ihre **Eigenbelastung** sollte **gedeckt** sein.
 - » Sie sollten sich im Pflegefall **mehr leisten** können als nur das Allernötigste.
 - » Ein **Pflegeheim nach Wahl** oder eine Dauerpflegekraft für Zuhause kann sich nur leisten, wer finanziell unabhängig ist.
 - » Sie können einen Tagessatz zwischen fünf und 100 Euro vereinbaren – wir verlangen **keinen Kostennachweis**.

Übrigens: Unser Pfl egetagegeld wird empfohlen durch die Zeitschrift „**FINANZtest**“, Ausgabe 12/2002!

Ein wichtiger Hinweis:

Für alle nach dem 31. Dezember 1957 Geborenen sind die Beiträge im Rahmen der Sonderausgaben bis zu 184 Euro im Jahr abzugsfähig.

Krankenhaustagegeld

Auch ein Aufenthalt im Krankenhaus führt zu finanziellen Belastungen. Ein Krankenhaustagegeld entlastet Ihr Portemonnaie. **Sinnvoll für Kosten, für die Ihre Krankenkasse nicht aufkommt.**

Zum Beispiel:

- » Ihre gesetzliche Zuzahlung der ersten Tage
- » Kosten für Kinderbetreuung
- » Kosten für eine Haushaltshilfe
- » Gebühren für Fernsehen und Telefon
- » Fahrtkosten der Angehörigen
- » sonstige persönliche Bedürfnisse

Auch hier ist kein Kostennachweis erforderlich.

Die Vorteile unserer Tagegelder

- » Auch bei längerer Krankheit ist Ihr Lebensstandard gesichert.
- » Das Vermögen Ihrer Kinder bleibt unangetastet.
- » Die Auszahlung erfolgt
 - » steuerfrei
 - » zeitlich unbegrenzt
 - » auch für Sonn- und Feiertage!
- » Sicherung von Zahlungsverpflichtungen
- » Bei einem Krankentagegeldsatz bis 15 Euro verlangen wir keinen Gehaltsnachweis.
- » Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten.
- » Sie werden ohne finanzielle Sorgen gesund!

Was muss ich tun, um diesen umfassenden Schutz zu genießen?

Einfach den anhängenden Antrag ausfüllen und an uns zurücksenden. Bitte beachten Sie dabei die wichtigen Hinweise zur Antragsaufnahme.

So günstig sind unsere Beiträge

Eintritts- alter ¹	KT ab 43. Tag für 15 €		PT ² je 5 €		KHS ³ je 5 €	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-15	–	–	0,38	0,38	0,38	0,38
16	–	–	0,62	0,96	0,74	0,98
17	–	–	0,64	1,01	0,76	1,01
18	3,60	3,18	0,66	1,07	0,79	1,05
19	3,60	3,18	0,69	1,13	0,81	1,09
20	3,60	3,18	0,71	1,20	0,83	1,12
21	3,75	3,36	0,74	1,27	0,85	1,16
22	3,90	3,57	0,77	1,35	0,86	1,19
23	4,05	3,81	0,81	1,43	0,88	1,22
24	4,23	4,08	0,86	1,52	0,89	1,24
25	4,41	4,35	0,90	1,61	0,91	1,26
26	4,56	4,59	0,96	1,71	0,93	1,28
27	4,71	4,86	1,01	1,82	0,95	1,30
28	4,83	5,13	1,07	1,94	0,99	1,31
29	4,98	5,37	1,14	2,05	1,02	1,32
30	5,13	5,64	1,21	2,18	1,06	1,33
31	5,31	5,88	1,28	2,31	1,11	1,34
32	5,49	6,15	1,36	2,45	1,15	1,36
33	5,70	6,45	1,43	2,59	1,20	1,38
34	5,94	6,72	1,52	2,73	1,25	1,40
35	6,21	7,02	1,60	2,89	1,30	1,43
36	6,48	7,32	1,69	3,05	1,35	1,46
37	6,81	7,65	1,79	3,22	1,40	1,50
38	7,14	8,01	1,89	3,39	1,46	1,54
39	7,50	8,37	1,99	3,58	1,52	1,59
40	7,92	8,76	2,10	3,77	1,58	1,64
41	8,47	9,18	2,21	3,97	1,65	1,69
42	8,85	9,60	2,34	4,19	1,72	1,75
43	9,36	10,08	2,47	4,42	1,79	1,81
44	9,93	10,56	2,60	4,65	1,86	1,88
45	10,53	11,04	2,75	4,91	1,94	1,95
46	11,16	11,55	2,91	5,18	2,02	2,01
47	11,82	12,09	3,07	5,46	2,10	2,08
48	12,51	12,66	3,25	5,76	2,18	2,15
49	13,23	13,20	3,43	6,07	2,27	2,22
50	13,95	13,77	3,63	6,41	2,35	2,29
51	14,55	14,22	3,84	6,77	2,44	2,36
52	15,15	14,67	4,07	7,14	2,54	2,44
53	15,72	15,06	4,31	7,55	2,63	2,51
54	16,20	15,39	4,57	7,97	2,73	2,59
55	16,62	15,66	4,85	8,43	2,83	2,67
56	16,89	15,81	5,15	8,92	2,94	2,76
57	17,01	15,84	5,47	9,44	3,04	2,84
58	17,19	15,96	5,81	10,00	3,15	2,94
59	17,22	15,96	6,18	10,60	3,27	3,03
60	17,25	15,96	6,58	11,24	3,38	3,14
61	–	–	–	–	3,50	3,24
62	–	–	–	–	3,63	3,36
63	–	–	–	–	3,75	3,48
64	–	–	–	–	3,89	3,61
65	–	–	–	–	4,02	3,74

1 Eintrittsalter = Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr

2 Höchstgrenze 100 Euro

3 Höchstgrenze 55 Euro, Kinder 30 Euro

Antrag auf Krankentagegeld-, Pfl egetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung

DEVK Krankenversicherungs-AG
Riehler Straße 190 • 50735 Köln



Neuausschluss Änderung

Ich beantrage bei der DEVK Krankenversicherungs-AG den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Antragsteller/ Versicherungsnehmer	Titel, Zuname, Vorname						Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			G
	Anrede/Zusatz				<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)				GBS
	Straße, Hausnummer						Telefon (tagsüber)		Fax		
	Länderkennz./Postleitzahl			Ort			E-Mail				

Zu versichernde Person 1 und 2	Titel, Zuname, Vorname						Titel, Zuname, Vorname						
	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	
	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)						GBS	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)					

Angaben zum Gesundheitszustand
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffern auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses Beiblatt zu verweisen. Bitte beachten Sie bei jeder Frage: Es ist auch anzugeben, was ausgeheilt ist, vielleicht als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit erachtet wurde/wird, und zwar auch dann, wenn deshalb keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden/werden. Falls Sie gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so können Sie dies gegenüber dem Vorstand unmittelbar nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

1	Körpergröße und Körpergewicht	cm	kg	cm	kg
2	Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Beobachtungen, Behandlungen in Krankenhäusern, Kuranstalten, Sanatorien oder Heilstätten stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, Beratungen, Behandlungen stattgefunden bzw. bestanden/bestehen Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Gebrechen oder Anomalien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4	Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen oder Beobachtungen durch Ärzte oder andere Heilbehandler beabsichtigt bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5	Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), z. B. Berufskrankheit oder eine Wehrdienstbeschädigung? Bitte Kopien des Anerkennungsbescheids beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Falls ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen	Person Nr.	Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Name der Medikamente usw.; Ergebnis(se) der Untersuchung(en), auch Blutuntersuchungen, Behandlung(en) usw.	behandelt von	bis	Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.	Ausgeheilt? nein	ja	Falls ja, seit wann?
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Versicherungsschutz/Tarif(e) Beitragsberechnung	Person 1			monatlicher Beitrag	Person 2			monatlicher Beitrag	monatlicher Gesamtbeitrag
	Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		
	KT 43	15 Euro			KT 43	15 Euro			
	KHS				KHS				
	PT				PT				

Vers.beginn	Jahr	Monat	Tag	<input checked="" type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung liegt der DEVK vor.	Der Vertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.	
Zahlungsweise	Girokontonummer			Bankleitzahl	Name des Geldinstituts	Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Beitragszahler	Zuname, Vorname						Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			G
falls abweichend vom Antragsteller	Straße, Hausnummer						PLZ, Ort			Unterschrift des Girokontoinhabers

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G., für alle Unternehmen der DEVK, die Beiträge für bestehende, beantragte oder für künftig abzuschließende Versicherungen (ausgenommen Beiträge zur Kraftfahrtversicherung) zu Lasten meines Girokontos einzuziehen.

Angaben zu anderen Versicherungen	Bestand, besteht oder wurde eine anderweitige Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegepflichtversicherung beantragt?									
	Versicherung zum Ausgleich des Verdienstaufschlags bei Arbeitsunfähigkeit:									
	Höhe	Euro	beantragt am	Person 1	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	Person 2	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____			
	bei				bei					
Krankenhaustagegeld:										
Höhe	Euro	beantragt am	Person 1	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	Person 2	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____				
bei				bei						
Pflegepflichtversicherung										
			Person 1	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	Person 2	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____				
				bei						

Wartezeiten
Es gelten die bedingungs-gemäßen Wartezeiten. Der Erlass der Wartezeiten für die Tarife KT und KHS kann gegen Vorlage eines ärztlichen und zahnärztlichen Befundberichts (Formblatt DEVK) beantragt werden. Die Kosten dieser Untersuchungen übernehme ich. Gehen diese Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen bei der DEVK Krankenversicherungs-AG ein, gilt der Antrag ohne Erlass der Wartezeiten. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unweckmäßig.

Unterschriften
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite des Antrags die Vertragsgrundlagen und Erklärungen. Die Erklärungen enthalten u. a. die Ermächtigung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Von meinem 14-tägigen Widerrufsrecht bzw. 4-wöchigen Rücktrittsrecht (siehe Rückseite) habe ich Kenntnis genommen. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung kann von mir jederzeit – auch vor Vertragsunterzeichnung – schriftlich oder telefonisch bei der DEVK Krankenversicherungs-AG angefordert werden. Darüber hinaus bestätigen Sie mit dieser Unterschrift, dass Ihnen die Antragsdurchschrift ausgehändigt wurde.

Ort und Datum	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Versicherungsnehmers	Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre und der gesetzliche Vertreter	Unterschrift des Vermittlers
---------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

1. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ	2. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ	PVT
------------------------	----	------------------------	----	-----

Original für DEVK

1. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.				PZ				2. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.				PZ				PVT																			
VN		PNR						BZN				ANR				INR				BZ				PNR				ANR				INR			
VP		PNR																		VP				PNR											

Erklärungen und Hinweise

Vertragsgrundlagen

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag deutschem Recht unterliegt. Ferner ist mir bekannt, dass dem Vertrag die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II, III (AVB) sowie das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zugrunde liegen. Die AVB werden mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch können sie jedoch jederzeit vorab angefordert werden.

Widerrufsrecht

Ich kann meinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seiner Unterzeichnung widerrufen, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Rücktrittsrecht

Während der ersten 4 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins habe ich das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Versicherung zurückzutreten. In diesem Fall werden mir die gezahlten Beiträge von der DEVK Krankenversicherungs-AG zurückerstattet.

Bindefrist/Antragsdurchschrift

An meinen Antrag zur Krankenversicherung und Pflegezeitversicherung bin ich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht gemäß des Punkts Widerrufsrecht widerrufen habe. Eine Durchschrift des Antrags erhalte ich sofort nach Unterzeichnung. Sofern der Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Bindefrist an dem Tag, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichfrist von 14 Tagen.

Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann die DEVK Krankenversicherungs-AG vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern die DEVK Krankenversicherungs-AG die Gesundheitsverhältnisse der zu Versicherenden richtig einzuschätzen und können Anlass sein, den Antrag unter Umständen abzulehnen oder zu erschwerten Bedingungen anzunehmen.

Nachmeldepflicht

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, für die zu versichernden Personen alle Veränderungen im Gesundheitszustand und im Beruf, die in der Zeit bis zur Annahme des Antrags eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen. Das gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft bzw. einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch sowie den Befund einer durchgeführten Blutuntersuchung. Das gilt auch für in dieser Zeit anderweitig beantragte Krankenversicherungen.

Nettoeinkommen

Für den Abschluss von Krankentagegeldtarifen erkläre(n) ich/wir, dass jetzt beantragte – auch anderweitig versicherte – Ansprüche, einschl. Krankengeld, das durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Zustandekommen des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Verbraucherinformation

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf der Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch künftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei unter anderem vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert und kalkulatorisch berücksichtigt werden. Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen. Außerdem wird ein brancheneinheitlicher Standardtarif angeboten, dessen Beitrag – bei reduzierten Leistungen – auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist.

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz - BDSG -

1. Mir ist bekannt, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, der DEVK Krankenversicherungs-AG die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehung stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

2. Ich willige ferner ein, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der DEVK-Unternehmen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des von der DEVK Krankenversicherungs-AG bereitgehaltenen Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

DEVK Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Bernd Oppermann
Vorstand: Gottfried Rußmann, Dr. Hans Willi Sieberg
Sitz der Gesellschaft: Köln • Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 24806

Zentrale, Riehler Straße 190, 50735 Köln
Tel.: 0221 757-1660
Fax: 0221 757-2216
E-Mail: info@devk.de
Internet: www.devk.de

Antrag auf Krankentagegeld-, Pfl egetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung

DEVK Krankenversicherungs-AG
Riehler Straße 190 • 50735 Köln



Neuausschluss Änderung

Ich beantrage bei der DEVK Krankenversicherungs-AG den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Antragsteller/ Versicherungsnehmer	Titel, Zuname, Vorname						Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			G
	Anrede/Zusatz				<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)				GBS
	Straße, Hausnummer						Telefon (tagsüber)		Fax		
	Länderkennz./Postleitzahl			Ort			E-Mail				

Zu versichernde Person 1 und 2	Titel, Zuname, Vorname						Titel, Zuname, Vorname						
	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	
	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)						GBS	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)					

Angaben zum Gesundheitszustand
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffern auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses Beiblatt zu verweisen. Bitte beachten Sie bei jeder Frage: Es ist auch anzugeben, was ausgeheilt ist, vielleicht als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit erachtet wurde/wird, und zwar auch dann, wenn deshalb keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden/werden. Falls Sie gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so können Sie dies gegenüber dem Vorstand unmittelbar nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

1	Körpergröße und Körpergewicht	cm	kg	Person 1	cm	kg	Person 2
2	Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Beobachtungen, Behandlungen in Krankenhäusern, Kuranstalten, Sanatorien oder Heilstätten stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Person 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Person 2
3	Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, Beratungen, Behandlungen stattgefunden bzw. bestanden/bestehen Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Gebrechen oder Anomalien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4	Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen oder Beobachtungen durch Ärzte oder andere Heilbehandler beabsichtigt bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5	Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), z. B. Berufskrankheit oder eine Wehrdienstbeschädigung? Bitte Kopien des Anerkennungsbescheids beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Falls ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein	

Erläuterungen zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen	Person Nr.	Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Name der Medikamente usw.; Ergebnis(se) der Untersuchung(en), auch Blutuntersuchungen, Behandlung(en) usw.	behandelt von	bis	Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.	Ausgeheilt? nein	ja	Falls ja, seit wann?
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Versicherungsschutz/Tarif(e) Beitragsberechnung	Person 1			monatlicher Beitrag	Person 2			monatlicher Beitrag	monatlicher Gesamtbeitrag
	Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		
	KT 43	15 Euro			KT 43	15 Euro			
	KHS				KHS				
	PT			PT					

Vers.beginn	Jahr	Monat	Tag	<input checked="" type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung liegt der DEVK vor.	Der Vertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.	
Zahlungsweise	Girokontonummer			Bankleitzahl	Name des Geldinstituts	Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Beitragszahler falls abweichend vom Antragsteller	Zuname, Vorname						Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			G
	Straße, Hausnummer						PLZ, Ort			Unterschrift des Girokontoinhabers
	Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G., für alle Unternehmen der DEVK, die Beiträge für bestehende, beantragte oder für künftig abzuschließende Versicherungen (ausgenommen Beiträge zur Kraftfahrtversicherung) zu Lasten meines Girokontos einzuziehen.									

Angaben zu anderen Versicherungen	Bestand, besteht oder wurde eine anderweitige Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegepflichtversicherung beantragt?									
	Versicherung zum Ausgleich des Verdienstaufschlags bei Arbeitsunfähigkeit:									
	Höhe	Euro	beantragt am	Person 1	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	Person 2	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____			
	bei				bei					
Krankenhaustagegeld:										
Höhe	Euro	beantragt am	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____						
bei			bei							
Pflegepflichtversicherung			<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____						
bei			bei							

Wartezeiten
Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Erlass der Wartezeiten für die Tarife KT und KHS kann gegen Vorlage eines ärztlichen und zahnärztlichen Befundberichts (Formblatt DEVK) beantragt werden. Die Kosten dieser Untersuchungen übernehme ich. Gehen diese Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen bei der DEVK Krankenversicherungs-AG ein, gilt der Antrag ohne Erlass der Wartezeiten. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unweckmäßig.

Unterschriften
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite des Antrags die Vertragsgrundlagen und Erklärungen. Die Erklärungen enthalten u. a. die Ermächtigung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Von meinem 14-tägigen Widerrufsrecht bzw. 4-wöchigen Rücktrittsrecht (siehe Rückseite) habe ich Kenntnis genommen. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung kann von mir jederzeit – auch vor Vertragsunterzeichnung – schriftlich oder telefonisch bei der DEVK Krankenversicherungs-AG angefordert werden. Darüber hinaus bestätigen Sie mit dieser Unterschrift, dass Ihnen die Antragsdurchschrift ausgehändigt wurde.

Ort und Datum	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Versicherungsnehmers	Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre und der gesetzliche Vertreter	Unterschrift des Vermittlers
1. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ 2. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ	PVT

Kopie für Vermittler

Antrag auf Krankentagegeld-, Pfl egetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung

DEVK Krankenversicherungs-AG
Riehler Straße 190 • 50735 Köln



Neuausschluss Änderung

Ich beantrage bei der DEVK Krankenversicherungs-AG den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Antragsteller/ Versicherungsnehmer	Titel, Zuname, Vorname						Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			G
	Anrede/Zusatz				<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)				GBS
	Straße, Hausnummer						Telefon (tagsüber)		Fax		
	Länderkennz./Postleitzahl			Ort			E-Mail				

Zu versichernde Person 1 und 2	Titel, Zuname, Vorname						Titel, Zuname, Vorname						
	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	Nat.	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit:	
	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)						GBS	derzeitige berufliche Tätigkeit (Branche)					

Angaben zum Gesundheitszustand
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffern auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses Beiblatt zu verweisen. Bitte beachten Sie bei jeder Frage: Es ist auch anzugeben, was ausgeheilt ist, vielleicht als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit erachtet wurde/wird, und zwar auch dann, wenn deshalb keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden/werden. Falls Sie gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so können Sie dies gegenüber dem Vorstand unmittelbar nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

1	Körpergröße und Körpergewicht	cm	kg	cm	kg
2	Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Beobachtungen, Behandlungen in Krankenhäusern, Kuranstalten, Sanatorien oder Heilstätten stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, Beratungen, Behandlungen stattgefunden bzw. bestanden/bestehen Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Gebrechen oder Anomalien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4	Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen oder Beobachtungen durch Ärzte oder andere Heilbehandler beabsichtigt bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5	Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), z. B. Berufskrankheit oder eine Wehrdienstbeschädigung? Bitte Kopien des Anerkennungsbescheids beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Falls ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen	Person Nr.	Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Name der Medikamente usw.; Ergebnis(se) der Untersuchung(en), auch Blutuntersuchungen, Behandlung(en) usw.	behandelt von	bis	Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.	Ausgeheilt? nein ja	Falls ja, seit wann?
							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Versicherungsschutz/Tarif(e) Beitragsberechnung	Person 1			monatlicher Beitrag	Person 2			monatlicher Beitrag	monatlicher Gesamtbeitrag
	Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		Tarif	Tagegeld	Tarifbeitrag		
	KT 43	15 Euro			KT 43	15 Euro			
KHS			KHS						
PT			PT						

Vers.beginn	Jahr	Monat	Tag	<input checked="" type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung liegt der DEVK vor.	Der Vertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.	
Zahlungsweise	Girokontonummer			Bankleitzahl	Name des Geldinstituts	Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Beitragszahler falls abweichend vom Antragsteller	Zuname, Vorname	Geburtsdatum (Jahr-Monat-Tag)	G
	Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
	Unterschrift des Girokontoinhabers		

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G., für alle Unternehmen der DEVK, die Beiträge für bestehende, beantragte oder für künftig abzuschließende Versicherungen (ausgenommen Beiträge zur Kraftfahrtversicherung) zu Lasten meines Girokontos einzuziehen.

Angaben zu anderen Versicherungen	Bestand, besteht oder wurde eine anderweitige Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegepflichtversicherung beantragt?					
	Versicherung zum Ausgleich des Verdienstaufschlags bei Arbeitsunfähigkeit:					
	Höhe	Euro	beantragt am	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	
	bei			bei	bei	
Krankenhaustagegeld:						
Höhe	Euro	beantragt am	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____		
bei			bei	bei		
Pflegepflichtversicherung						
			<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: von _____ bis _____		
			bei	bei		

Wartezeiten
Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Erlass der Wartezeiten für die Tarife KT und KHS kann gegen Vorlage eines ärztlichen und zahnärztlichen Befundberichts (Formblatt DEVK) beantragt werden. Die Kosten dieser Untersuchungen übernehme ich. Gehen diese Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen bei der DEVK Krankenversicherungs-AG ein, gilt der Antrag ohne Erlass der Wartezeiten. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unweckmäßig.

Unterschriften
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite des Antrags die Vertragsgrundlagen und Erklärungen. Die Erklärungen enthalten u. a. die Ermächtigung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Von meinem 14-tägigen Widerrufsrecht bzw. 4-wöchigen Rücktrittsrecht (siehe Rückseite) habe ich Kenntnis genommen. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung kann von mir jederzeit – auch vor Vertragsunterzeichnung – schriftlich oder telefonisch bei der DEVK Krankenversicherungs-AG angefordert werden. Darüber hinaus bestätigen Sie mit dieser Unterschrift, dass Ihnen die Antragsdurchschrift ausgehändigt wurde.

Ort und Datum	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Versicherungsnehmers	Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre und der gesetzliche Vertreter	Unterschrift des Vermittlers
---------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

1. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ	2. RD-Mitarb.-Kto.-Nr.	PZ	PVT
------------------------	----	------------------------	----	-----

Kopie für Kunden

Erklärungen und Hinweise

Vertragsgrundlagen

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag deutschem Recht unterliegt. Ferner ist mir bekannt, dass dem Vertrag die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II, III (AVB) sowie das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zugrunde liegen. Die AVB werden mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch können sie jedoch jederzeit vorab angefordert werden.

Widerrufsrecht

Ich kann meinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seiner Unterzeichnung widerrufen, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Rücktrittsrecht

Während der ersten 4 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins habe ich das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Versicherung zurückzutreten. In diesem Fall werden mir die gezahlten Beiträge von der DEVK Krankenversicherungs-AG zurückerstattet.

Bindefrist/Antragsdurchschrift

An meinen Antrag zur Krankenversicherung und Pflegezeitgeldversicherung bin ich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht gemäß des Punkts Widerrufsrecht widerrufen habe. Eine Durchschrift des Antrags erhalte ich sofort nach Unterzeichnung. Sofern der Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Bindefrist an dem Tag, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichfrist von 14 Tagen.

Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann die DEVK Krankenversicherungs-AG vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern die DEVK Krankenversicherungs-AG die Gesundheitsverhältnisse der zu Versichernden richtig einzuschätzen und können Anlass sein, den Antrag unter Umständen abzulehnen oder zu erschwerten Bedingungen anzunehmen.

Nachmeldepflicht

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, für die zu versichernden Personen alle Veränderungen im Gesundheitszustand und im Beruf, die in der Zeit bis zur Annahme des Antrags eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen. Das gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft bzw. einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch sowie den Befund einer durchgeführten Blutuntersuchung. Das gilt auch für in dieser Zeit anderweitig beantragte Krankenversicherungen.

Nettoeinkommen

Für den Abschluss von Krankentagegeldtarifen erkläre(n) ich/wir, dass jetzt beantragte – auch anderweitig versicherte – Ansprüche, einschl. Krankengeld, das durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Zustandekommen des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Bereich Versicherungen –
Graurheindorfer Straße 10B, 53117 Bonn.

Verbraucherinformation

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf der Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch künftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei unter anderem vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert und kalkulatorisch berücksichtigt werden. Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen. Außerdem wird ein brancheneinheitlicher Standardtarif angeboten, dessen Beitrag – bei reduzierten Leistungen – auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist.

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz - BDSG -

1. Mir ist bekannt, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, der DEVK Krankenversicherungs-AG die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehung stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenen Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

2. Ich willige ferner ein, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der DEVK-Unternehmen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des von der DEVK Krankenversicherungs-AG bereitgehaltenen Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

DEVK Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Bernd Oppermann
Vorstand: Gottfried Rülmann, Dr. Hans Willi Sieberg
Sitz der Gesellschaft: Köln • Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 24806

Zentrale, Riehler Straße 190, 50735 Köln
Tel : 0221 757-1660
Fax: 0221 757-2216
E-Mail: info@devk.de
Internet: www.devk.de

Wichtige Hinweise zum Versicherungsantrag

Welcher Personenkreis kann die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT 43 abschließen?

Voraussetzung für den Abschluss des Tarifes KT 43 ist, dass Sie Arbeitnehmer sind und sechs Wochen Lohnfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber erhalten.

Welcher Personenkreis kann die Pfl egetagegeldversicherung nach Tarif PT abschließen?

Zwingende Voraussetzung für den Abschluss des Tarifs PT ist, dass für die versicherte Person eine Pflegepflichtversicherung besteht.

Welcher Personenkreis kann die Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif KHS abschließen?

Der Tarif KHS kann von Arbeitnehmern sowie u. a. auch für Hausfrauen und Kinder (bis zu max. 30 Euro) abgeschlossen werden.

Wie ist der Antrag auszufüllen?

Bitte achten Sie darauf, den Antrag vollständig und möglichst deutlich in Druckbuchstaben auszufüllen. Nachträgliche Änderungen (z. B. durchstreichen) müssen an der betreffenden Stelle gegegenzeichnet werden.

Wie ist das mit dem Versicherungsbeginn?

Versicherungsbeginn kann immer nur der Erste des Folgemonats sein.

Gibt es eine Wartezeit?

Die allgemeine Wartezeit beträgt bei den Tarifen KT und KHS bedingungsgemäß drei Monate und entfällt bei Unfällen. Besondere Wartezeiten gelten u. a. für Entbindungen und betragen acht Monate. Die Wartezeit beim Tarif PT beträgt bedingungsgemäß drei Jahre und entfällt bei Unfällen.

Wie errechnet man die Beiträge der Tarife PT und KHS?

Ganz einfach:

Nachdem Sie Ihr Eintrittsalter ermittelt haben, können Sie den monatlichen Tarifbeitrag für jeweils 5 Euro Ihres gewünschten Tagegeldtarifs aus der Beitragstabelle ersehen.

Den brauchen Sie dann nur noch mit Ihrem gewünschten Tagesatz hochzurechnen (Höchstgrenzen beachten).

Unterschriften?

Das A und O eines jeden Vertrages sind die Unterschriften. Ohne vollständige Unterschriftsleistung kann der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen.

Die DEVK Krankenversicherung erreichen Sie unter:

Telefon: **0221 757-1660**
Fax: **0221 757-2216**
Internet: **www.devk.de**

DEVK Versicherungen
Zentrale Köln
Riehler Straße 190
50735 Köln

Service Telefon: 0180 2 757-757

Ihr DEVK-Berater: