

## Antrag auf Mitgliedschaft in der DeGeKa

Der Antrag ist in Druckbuchstaben auszufüllen und bekommt erst nach der/den Unterschrift/en Gültigkeit.

RPA Nummer

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

	Straße, Haus-Nr.					
	Postleitzahl, Wohnort					
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung					
	Ausbildungs-/Studierende		Berufsschlüssel		Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)				Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant		% Stationär %	
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht					
	<b>Person 4</b> Familienname, Vorname					
	Geburtsdatum		Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft			
	Straße, Haus-Nr.					
	Postleitzahl, Wohnort					
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung					
	Ausbildungs-/Studierende		Berufsschlüssel		Branche	
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)				Ort	
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant		% Stationär %	
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht					
<b>IV. Antragstellung</b>	<b>Ich beantrage den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages (ggf. einschließlich für die nachstehend genannte/n Person/en (bitte ankreuzen) nach den jeweils aufgeführten Tarifen.</b>					
	Zu versichernde Person/en	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>Versicherungsbeginn</b>	20	20	20	20	
	<b>Tarif/e</b>					
	<i>Bei Krankentagegeldtarif: Das Krankentagegeld darf – auch unter Berücksichtigung anderweitiger Kranken(tage)geldansprüche – das durchschnittliche regelmäßige monatliche Nettoeinkommen der zu versichernden Person/en, geteilt durch 30, nicht übersteigen.</i>					
	<i>Die beantragte Karenzzeit (Tarifstufe) muss der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen.</i>					
	<i>Weitere Informationen sind der Zusatz-erklärung 3/23 (für Arbeitnehmer) bzw. 3/24 (für Selbstständige) zu entnehmen, die bei Beantragung einer Krankentagegeldversicherung dem Antrag beigelegt sein muss.</i>					
	<i>Höhe des nach dem Krankentagegeldtarif abzuschließenden monatl. Nettoeinkommens:</i>					
		Euro	Euro	Euro	Euro	
		<b>Monatsbeitrag in Euro</b>				
	Der <b>Gesamtbeitrag</b> für die beantragte Krankenversicherung beträgt, vorbehaltlich der Beurkundung im Versicherungsschein, zur Zeit monatlich <b>EUR</b>					
	Bei Tarifen, für die gemäß § 12 Abs. 4a VAG der gesetzliche Zuschlag zur Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge im Alter gezahlt werden muss, ist dieser Zuschlag im genannten Beitrag enthalten. Der genannte Beitrag kann sich jedoch noch um einen Risikozuschlag erhöhen, sofern dieser nach Risikoprüfung durch die Hauptverwaltung zur Mitversicherung von risikoerheblichen Vorerkrankungen erforderlich ist.					
<b>V. Angaben über gestellte Versicherungsanträge</b>	Wurde/n für die zu versichernde/n Person/en jetzt oder früher Krankenversicherungsanträge oder Anträge auf auf geförderte ergänzende Pflegeversicherung bei anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt, die nicht oder noch nicht zum Vertragsabschluss geführt haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Wenn „ja“, für welche Person?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Person 4</b> <input type="checkbox"/>	
	Bei welchem Unternehmen?					
	Tag der Antragstellung	20	20	20	20	

	Grund für den Nichtabschluß des Vertrages					
	Wenn Antrag noch in Bearbeitung, Datum der letzten Nachricht					
VI. Angaben über bestehende/ frühere Versicherungsverhältnisse	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	
	• keine Vorversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	• eine gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn „ja“, Name der gesetzlichen Krankenversicherung					
	Pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Freiwilliges Mitglied?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Familienversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Versicherungsbeginn					
	Versicherungsende					
	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	
	• ein Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Beginn des Heilfürsorgeanspruchs					
	Ende des Heilfürsorgeanspruchs					
	• eine private Krankenversicherung **) (auch DeGeKa-Versicherung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn „ja“, Name der privaten Krankenversicherung					
	Versicherungsbeginn					
	Versicherungsende					
	Bestehen derzeit Beitragsrückstände bei einer anderen (privaten oder gesetzlichen) Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	**) Eine bestehende Versicherung sollte nicht gekündigt werden, bevor vom Vorstand der DeGeKa schriftlich die Annahme des Antrags erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wurde.					
	VII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt	Bestehen Kranken(tage)geldansprüche bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wenn „ja“, für welche Person?		Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
Bei welchem Unternehmen?						
Kranken(tage)geldhöhe in Euro						
VIII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankenhaustagegeldtarif beantragt	Bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen (auch bei einer Unfallversicherung) oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
	Bei welchem Unternehmen?					
	Krankenhaustagegeldhöhe in Euro					
IX. Zusätzliche Angaben, wenn Tarif mit Zahnleistungen beantragt	Besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>	
	Bei welchem Unternehmen?					
Zusätzliche Gesundheitsfragen zu Zahnleistungen  Wenn die Fragen zu 1 mit "ja" beantwortet werde, dann bitte die Erklärung auf der letzten Seite mit ausfüllen  Wenn die Fragen zu 2 mit "ja" beantwortet werden, dann bitte im Zahnschema auf der letzten Seite die fehlenden Zähne vermerken.	1 Ist die zu versichernde Person in zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Kieferorthopädie) bzw. wurde zu einer Behandlung geraten oder ein Kostenvoranschlag/ Behandlungsplan erstellt (z. B. auch wegen behandlungsbedürftigen bzw. nicht erhaltungswürdigen Zähnen oder erneuerungsbedürftigem Zahnersatz)?	Person 1  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 3  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 4  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	2 Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne geschlossen wurde oder Zähne die sich zurzeit in zahnärztlicher Behandlung befinden oder für die eine zahnärztliche Behandlung geplant ist)?	  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

[illegible]

	3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und weitere Vertragsinformationen in folgender Form: <input type="checkbox"/> Antragsbezogen erstellter Datenträger: <input type="checkbox"/> CD-ROM oder <input type="checkbox"/> ePost. Mit dieser Form der Bereitstellung bin ich einverstanden. <input type="checkbox"/> nachträgliche Informationen (nur in Ausnahmefällen mit gesonderter schriftlicher Verzichtserklärung)	
<p><b>Vergewissern Sie sich bitte, ob alle Angaben vollständig und richtig sind – insbesondere die Angaben über die Gesundheitsverhältnisse in Abschnitt XI. –, da Sie dafür verantwortlich sind. Hinsichtlich der Gesundheitsangaben verweisen wir ausdrücklich auf den davor stehenden hervorgehobenen Hinweistext. Ihre Angaben sind Grundlage unserer Antragsprüfung. Dies gilt auch bei einem Probeantrag. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt.</b></p> <p><b>Darüber hinaus sind die gesondert abzugebenden Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung Bestandteil dieses Antrags.</b></p>		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Ort, Datum		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Unterschrift der zu versichernden Person(en), falls nicht selbst Antragsteller (ab 16 Jahre)		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist. <input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt
Telefon/Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div> <div style="clear: both;"></div> Datum und Unterschrift des (der) Vermittler(s)

Antwort zu Frage 1 und 2 der Zusätzlichen Gesundheitsfragen Zahnleistungen

Pers. Nr.	Art der Behandlung (konservierende, prothetische, chirurgische, kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Einsatz von Kronen, Versorgung mit In-/Onlays, Parodontose-Prophylaxe/-Behandlung, Kompositfüllung mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)? <b>Bitte ggf. Kopie des Kostenvoranschlags/Behandlungsplans beifügen.</b>	(voraussichtlicher) Behandlungsbeginn?

Bei „ja“ bitte die fehlenden Zähne im nachfolgenden Zahnschema ankreuzen:

**Person 1**

Oberkiefer rechts

8 7 6 5 4 3 2 1

8 7 6 5 4 3 2 1

Unterkiefer rechts

Oberkiefer links

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

Unterkiefer links

**Person 2**

Oberkiefer rechts

8 7 6 5 4 3 2 1

8 7 6 5 4 3 2 1

Unterkiefer rechts

Oberkiefer links

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

Unterkiefer links

**Person 3**

Oberkiefer rechts

8 7 6 5 4 3 2 1

8 7 6 5 4 3 2 1

Unterkiefer rechts

Oberkiefer links

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

Unterkiefer links

**Person 4**

Oberkiefer rechts

8 7 6 5 4 3 2 1

8 7 6 5 4 3 2 1

Unterkiefer rechts

Oberkiefer links

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

Unterkiefer links