

Antrag auf Mitgliedschaft in der DeGeKa

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

RPA Nummer _____

I. Antragsteller/in = Versicherungsnehmer/in	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 <input type="checkbox"/> freie Wirtschaft	Berufsstellung <input type="checkbox"/> Angestellte/r leitend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Anwärter/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> überwiegend körperl. Beanspruchung	<input type="checkbox"/> ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> überwiegend körperl. Beanspruchung
	II. Beitragszahlung			
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 nicht selbst Antragsteller ist		Name _____ Unterschrift _____		
Derzeitiger monatl. Gesamtarifbeitrag für die nachstehend beantragten Versicherungen			EUR _____	
III. Zu versichernde Person(en) (Anschrift nur angeben, wenn von Abschnitt I abweichend)				
Person 1 = Antragsteller/in		Wird für den/die Antragsteller/in keine Versicherung beantragt, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>		
Person 2 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				
Person 3 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			
Person 4 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			

IV. Antragstellung	Ich beantrage den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages (ggf. einschließlich für die nachstehend genannte/n Person/en (bitte ankreuzen) nach den jeweils aufgeführten Tarifen.				
	Zu versichernde Person/en	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Versicherungsbeginn	20	20	20	20
	Tarif/e				
	<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 beigefügt sein muss.</i>				
	<i>Höhe des nach dem Krankentagegeldtarif abzuschließenden monatl. Nettoeinkommens:</i>				
		Euro	Euro	Euro	Euro
	Monatsbeitrag in Euro				
Der Gesamtbeitrag für die beantragte Krankenversicherung beträgt, vorbehaltlich der Beurkundung im Versicherungsschein, zur Zeit monatlich EUR					
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.					

V. Angaben über gestellte Versicherungsanträge	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?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <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			
	• eine gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Wenn „ja“, Name der gesetzlichen Krankenversicherung				
	Pflichtversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Freiwilliges Mitglied?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Familienversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	• ein Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Beginn des Heilfürsorgeanspruchs				
	Ende des Heilfürsorgeanspruchs				
	• eine private Krankenversicherung ** (auch DeGeKa-Versicherung angeben)	<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 <small>Wenn die Fragen zu 1 mit „ja“ beantwortet werde, dann bitte die Erklärung auf der letzten Seite mit ausfüllen</small> <small>Wenn die Fragen zu 2 mit „ja“ beantwortet werden, dann bitte im Zahnschema auf der letzten Seite die fehlenden Zähne vermerken.</small>	1 Ist die zu versichernde Person in zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Kieferorthopädie) bzw. wurde zu einer Behandlung geraten oder ein Kostenvorschlag/ Behandlungsplan erstellt (z. B. auch wegen behandlungsbedürftigen bzw. nicht erhaltungswürdigen Zähnen oder erneuerungsbedürftigem Zahnersatz)?	Person 1	Person 2	Person 3	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			

