

☒ **Anfrage auf Krankenversicherung**
☐ **Anfrage zum Beitritt zur Gruppenversicherung**

V1

Kunden-Nr.

-

Versicherungsschein / -ausweis an

☐ Kunde
Versicherungs-Nr. **KV**

-

☐ Vermittler

I Angaben zum Antragsteller

Steuer-IdNr.

20/146/07529

P1

Titel, Vorname, Nachname

Arno Wagener

Geschlecht

☐ ☒ ☐ w

Geburtsdatum

2 3 0 6 5 9

Nationalität

D E

Straße / Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)

Hauptstr. 67

Telefon privat / mobil

0178 96195495

PLZ

66871

Wohnort

Theisbergstegen

E-Mail

arno@humaneearthling.org

ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

seit

Besteht Mitgliedschaft in

Kammer / Berufsverband?

☒

Nein

☐

Ja, Name

☐ Arbeitnehmer

☐ Freiberufler

☐ Selbstständiger

☒ Beihilfeberechtigter

P2

Geschäfts- / Arbeitgebername

Jobcenter

PLZ

Ort

Landkreis Kusel

Straße / Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)

Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)

II Anfrage zum Beitritt zur Gruppenversicherung

V2

Ich frage für mich bzw. meine versicherbaren Familienangehörigen Versicherungsschutz in der Gruppenversicherung an. Und zwar nach den dort bestehenden versicherbaren nachfolgend aufgeführten Tarifen und zu deren Annahmebedingungen. Daher erkläre ich diesbezüglich den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag mit:

GRP-VNR

Name des Gruppenversicherungsvertragspartners

Der Gruppenversicherungsvertragspartner ist Versicherungsnehmer. Ich frage die Mitversicherung der / des aufgeführten mitversicherbaren Familienangehörigen oder Lebenspartners an.

Der Basistarif und die Pflegepflichtversicherung können nur im Rahmen der Einzelversicherung angeboten / angefragt werden.
Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

III Angaben zu Person 1
☒ Identisch mit Antragsteller

P3

☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Antragsteller ist gesetzlicher Vertreter

Steuer-IdNr.

Vorname (Nachname falls abweichend)

Geschlecht ☐ m ☐ w

Nationalität

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

T T M M J J J J

ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

☐ Arbeitnehmer ☐ Freiberufler ☐ Selbstständiger ☐ Beihilfeberechtigter

Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge?

ambulant

stationär

Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:

☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:

%

%

Beginn (Tag, Monat, Jahr):

T T M M J J J J

☐ Arbeitgeberbescheinigung gewünscht

T11

Tarif	Basistarif	Pflegepflicht				
Tagegeldhöhe			,0 0	,0 0	,0 0	,0 0
Beitrag						

Gesetzlicher Beitragszuschlag

Summe (mtl.)

IV Angaben zu Person 2
☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Antragsteller ist gesetzlicher Vertreter

Steuer-IdNr.

Vorname (Nachname falls abweichend)

Geschlecht ☐ m ☐ w

Nationalität

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

T T M M J J J J

ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

☐ Arbeitnehmer ☐ Freiberufler ☐ Selbstständiger ☐ Beihilfeberechtigter

Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge?

ambulant

stationär

Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:

☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:

%

%

Beginn (Tag, Monat, Jahr):

T T M M J J J J

☐ Arbeitgeberbescheinigung gewünscht

T12

Tarif	Basistarif	Pflegepflicht				
Tagegeldhöhe			,0 0	,0 0	,0 0	,0 0
Beitrag						

Gesetzlicher Beitragszuschlag

Summe (mtl.)

Gesamtsumme Person 1+2

Besondere Vereinbarung
(benötigt die schriftliche
Genehmigung der Gesell-
schaft)

V3

V Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Anfrage auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, müssen Sie diese gegenüber uns **innerhalb von drei Tagen** schriftlich nachholen. Senden Sie diese Angaben an die DKV – 50594 Köln. Bitte weisen Sie in der Anfrage auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag

unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht bei einer Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Fragen		Ja	Nein
1 Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen / Behandlungen stattgefunden? Anzunehmend Autismus, Asperger-Syndrom	Person 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ist eine ambulante / stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	Person 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G6

Fragen		Ja	Nein	
9	Bestehen ein körperlicher / organischer Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körpermitantate/Prothesen (z.B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen: Person 1 <input type="text"/> % Person 2 <input type="text"/> %	Person 1 <input type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G7
10	Besteht eine Schwangerschaft? (Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.) Wenn ja, bitte Monat eintragen: Person 1 <input type="text"/> Person 2 <input type="text"/>	Person 1 <input type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11	Größe und Gewicht bitte angeben. Person 1 Größe (cm) <input type="text"/> 182 Gewicht (kg) <input type="text"/> 87 Person 2 Größe (cm) <input type="text"/> Gewicht (kg) <input type="text"/> Zusätzlich für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs zu beantworten: Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm?	Person 1 <input type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12	Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	Person 1 <input checked="" type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G8
13	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben: Person 1 <input type="text"/> 2 Person 2 <input type="text"/>	Person 1 <input checked="" type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt?	Person 1 <input type="checkbox"/> Person 2 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G9



Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-9, 12 und 14, wenn mit „Ja“ beantwortet:

Für krankheitskostenvollversicherte Personen gilt:

Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren müssen Sie nicht mit der Diagnose angeben. Voraussetzung ist, dass uns diese Gesundheitsstörungen und Behandlungen durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind. Dann reicht es aus, dass Sie als Erläuterung zur Gesundheitsfrage angeben: sind der DKV bekannt.

Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?

Details Frage(n) Person ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Behandlungen /
Beschwerden

von T T M M J J

bis T T M M J J

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

T T M M J J

☐ Pflegebedürftig seit

T T M M J J

G10

Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?),
Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?

Behandlungen /
Beschwerden

G11

Details Frage(n) Person ☐ ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

von

bis

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

☐ Pflegebedürftig seit

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Details Frage(n) Person ☐ ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

von

bis

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

☐ Pflegebedürftig seit

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Details Frage(n) Person ☐ ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

von

bis

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

☐ Pflegebedürftig seit

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Details Frage(n) Person ☐ ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

von

bis

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

☐ Pflegebedürftig seit

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Details Frage(n) Person ☐ ☐ sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)

von

bis

☐ Behandlungs-/Beschwerde-
frei seit

☐ Pflegebedürftig seit

Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?

Weiteres Beiblatt mit Angaben zu Beschwerden, Maßnahmen etc. beigefügt (mit Datum und Unterschrift) für: ☐ Person 1 ☐ Person 2

G12

VI Vorversicherungsangaben / Bestehende Versicherung

Vorversicherung/ Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Private oder gesetzliche Krankheitskostenversicherung (Angabe des Versicherers und der Mitglieds-, Kassen- / Versiche- rungsnummer erforderlich) Derzeit ohne Versicherung	Angaben zum Versicherer <input type="checkbox"/> pflichtversichert von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend	Angaben zum Versicherer <input type="checkbox"/> pflichtversichert von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend
Pflegepflicht- bzw. soziale Pflegeversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)	Angaben zum Versicherer von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend	Angaben zum Versicherer von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend
Kurkosten- / Kurtagegeldanspruch	<input type="checkbox"/> Ja (Bei „Ja“ kein Abschluss von Tarif KKUR möglich)	<input type="checkbox"/> Ja (Bei „Ja“ kein Abschluss von Tarif KKUR möglich)
Kranken(tage)geld	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich
Krankenhaustagegeldanspruch	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich
Pflegezusatzversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)	Angaben zum Versicherer von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend Tarif <input type="text"/> Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich	Angaben zum Versicherer von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <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="checkbox"/> laufend Tarif <input type="text"/> Höhe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> täglich

V5

Anfrage auf Beitragsbefreiung für Kinder in der privaten Pflegepflichtversicherung

(Wird kein Elternteil mitversichert, bitte Formular A40 beifügen.)

Bezieht das Kind ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen

(Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, vgl. Erläuterung Seite 4)?

 Und überschreitet dieses Einkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV
 (im Jahr 2022: 470 Euro; aktuellen Wert bitte ggf. erfragen)?

Ja **Nein**
Person 1 ☐ ☐
Person 2 ☐ ☐

V8

VII SEPA-Lastschriftmandat / Beitragszahlung

B1

- ☐ Bei Änderung des Vertrages: Das Lastschriftverfahren bleibt wie bisher. Ein SEPA-Mandatsformular ist nicht erforderlich.
- ☐ Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer (**bei abweichendem Kontoinhaber bitte eigenständiges SEPA-Mandat ausfüllen**).

Der Gesamtmonatsbeitrag soll abgebucht werden
☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Das angegebene Konto soll belastet werden zum
☐ 1. ☐ 8. ☐ 16. ☐ 24. (gilt nur für Folgebeiträge)

Ich ermächtige die **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**, Aachener Straße 300, 50933 Köln (Gläubiger-ID DE95ZZZ00000012130), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Kalendertage vor dem SEPA-Basis-Lastschrifteinzug informiert mich der Zahlungsempfänger über die Abbuchung unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine und der Mandatsreferenznummer.

IBAN: DE = Jobcenter Landkreis Kusel

Bei Abbuchung von einem ausländischen Konto innerhalb des SEPA-Raumes bitte eigenständiges Mandat ausfüllen.

VIII Schlusserklärungen

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlich folgende Erklärungen ab: Bei Anfrage auf eine Krankentagegeld- oder Krankheitskostenvollversicherung (auch bei entsprechenden Anwartschaftsversicherungen oder Tarifen mit Optionsrecht auf solche) die **Einwilligung zur Bonitätsprüfung** auf Seite 4, bei Beitritt zur Gruppenversicherung die **Einwilligung zum Bestandsabgleich** auf Seite 4, bei Anfrage auf Tarif TL die **Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an den Arbeitgeber** auf Seite 4, bei allen Anfragen und Beitrittserklärungen die **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung** auf Seite 10.

Hierzu zählt das Folgende:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV.
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten.
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV.
- 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.
- 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen.
3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler.
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, gebe ich zusätzlich die **versicherungssteuerrechtliche Erklärung zu deren Angehörigeneigenschaft** auf Seite 2 ab.

Zusammen mit dieser Anfrage gebe ich folgende Erklärung zum

Pflege Schutz Paket PSP ab: Bei mir bzw. der zu versichernden Person besteht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI. Ein Antrag auf Anerkennung einer solchen wurde nicht gestellt. Es ist auch nicht beabsichtigt, einen solchen Antrag zu stellen.

Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.

Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig auch das vorstehend ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat.

Godelhausen, 13.07.2023

Ort / Datum



Unterschrift des Antragstellers

S1

Unterschrift des Vermittlers

Unterschrift der zu versichernden Person 1¹
(wenn nicht identisch mit Antragsteller)

Unterschrift der zu versichernden Person 2¹
¹ ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf

Vorname(n)/Zuname Arno Wagener			Geburtsdatum 23.06.1959	
Geschlecht	männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit D E	Telefon ¹⁾ 0178 9619495	E-Mail ¹⁾ arno@humaneearthling.org

¹⁾ freiwillige Angabe

1. Angabe über die Eltern (für Personen bis zum 18. Lebensjahr)
zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Vorname(n) / Zuname des Vaters	Geburtsdatum	War /ist versichert bei Krankenkasse/Krankenversicherer
Vorname(n) / Zuname der Mutter	Geburtsdatum	War /ist versichert bei Krankenkasse/Krankenversicherer

2. Angaben zur eigenen Person

Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie). Es sind lückenlose Angaben erforderlich.

Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am: _____

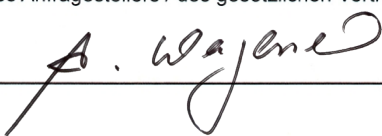
Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

Keine Unterlagen verfügbar . . .

Einfach mal das Jobcenter Kusel fragen !

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber / Einkommen in Euro	Krankenkasse bzw. Krankenversicherer

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Ort, Datum Godelhausen, 13.07.2023	Unterschrift des Anfragestellers / des gesetzlichen Vertreters 
--	--

**Prüfung des Kontrahierungszwangs (Annahmewang)
nach § 193 Abs. 5 VVG (Nichtversicherte) für den Basistarif**

1. Angaben zur Person

Vorname(n)/Zuname Arno Wagener		Geschlecht männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit D E
Straße und Hausnummer Hauptstr. 67		Telefon ¹⁾ 0178 9619495	
PLZ 66871	Wohnort Theisbergstegen	E-Mail ¹⁾ arno@humaneearthling.org	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland²⁾

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversichert <input checked="" type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert	
vom: 03 – 06 / 2013 bis:	Name der gesetzlichen Krankenkasse / privaten Krankenversicherung AOK Kaiserslautern via Jobcenter Kaiserslautern

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern / meinen Ehegatten gesetzlich oder privat krankenversichert.

☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt³⁾2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z. B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? Name / Anschrift des Kostenträgers: **Sozialamt Kreisverwaltung Kusel****3. Ergänzende Angaben**3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz in Deutschland seit **09/2019**.⁴⁾3.2 Ich bin am **09/2019** aus **Spanien** nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt.3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung / -versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts. ☐ ja ☒ nein3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten.
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen). Grund: ☒ ja ☐ nein**4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. als Arbeitnehmer, Beamter, Selbstständiger)
bzw. sonstigem Status (z.B. Rentner, Versorgungsempfänger)**

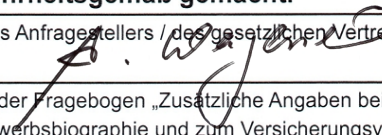
Ich bin tätig als:	Ich war zuletzt tätig als:
--------------------	----------------------------

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen. Bitte Nachweis (z.B. Lohn- oder Gehaltsabrechnung) beilegen.

Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung aus jetziger Tätigkeit Euro	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung aus der letzten Tätigkeit Euro
---	--

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt.

☐ ja ☐ neinFalls ja: **Jobcenter Landkreis Kusel + Sozialamt Kreisverwaltung Kusel** ☒
(Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung)**Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.**

Ort, Datum Godelhausen, 13.07.2023	Unterschrift des Antragstellers / des gesetzlichen Vertreters 
--	---

¹⁾freiwillige Angabe. ²⁾Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ (Formular A 85/4) auszufüllen. ³⁾Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ (Formular A 85/2) ausfüllen. ⁴⁾Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

Zusätzliche Angabe bei Zuzug nach Deutschland

Vorname(n)/Zuname Arno Wagener	Geschlecht männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum 23.06.1959	Staatsangehörigkeit D E
--	---	-----------------------------------	-----------------------------------

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?

Falls ja, bei welchem Versicherer/welcher Krankenkasse?

☐ ja ☒ nein**2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit**

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt?

Falls ja, welche?

☐ ja ☒ nein**3. Personen mit einer Staatsangehörigkeit außerhalb der EU/EWR-Staaten, Schweiz**Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?
(Bitte Bescheinigung in Kopie beifügen.)☐ ja ☐ nein

Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts?

☐ ja ☐ nein

Wurde ein Asylantrag gestellt?

☐ ja ☐ nein

Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?

☐ ja ☐ nein

Falls nein, weshalb nicht?

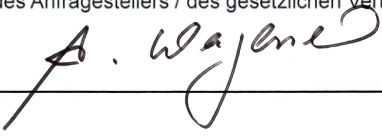
Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 33a SGB XI (PPV)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), in die sie aufgrund einer nach § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG abgeschlossenen privaten Krankenversicherung aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG oder der privaten Pflegepflichtversicherung für mich Leistungen der Krankenversicherung bzw. der Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind dem Versicherungsunternehmen gemäß § 312 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu erstatten.

Ort, Datum Godelhausen, 13.07.2023	Unterschrift des Antragstellers / des gesetzlichen Vertreters 
--	---

Derzeit in Behandlung bei
Zahnärztin Nowrotek in Altenglan

FD	Versicherungs-Nr. KV	ausgehändigt durch: Frau/Herrn	Vermittler-Nr.
----	--------------------------------	-----------------------------------	----------------

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Name, Vorname	geb. am
Anschrift	<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Bestand

1.	Wann war der Patient zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?																																																																																																																																																																																																																																																
2.	Hat der Patient in den letzten drei Jahren regelmäßig Untersuchungen bzw. Vorsorgetermine wahrgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																																																																																																																																																															
3.	Wer hat die Behandlungen/Untersuchungen durchgeführt?																																																																																																																																																																																																																																																
4.	<p>Derzeitiger zahnärztlicher Befund</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="8">rechts</td> <td colspan="8">links</td> <td></td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>=</td> <td>Zahn ohne krankhaften Befund</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>=</td> <td>kariöser Zahn</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Oberkiefer</td> </tr> <tr> <td>g</td> <td>=</td> <td>gefüllter Zahn</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>=</td> <td>fehlender Zahn</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>Unterkiefer</td> </tr> <tr> <td>)</td> <td>=</td> <td>fehlender Zahn, Lücke geschlossen</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td></td> </tr> <tr> <td>x</td> <td>=</td> <td>zu entfernender Zahn</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>=</td> <td>entfernter, bereits ersetzter Zahn</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>k</td> <td>=</td> <td>vorhandene Krone oder Stiftkrone</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tk</td> <td>=</td> <td>vorhandene Teilkrone</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i¹ - i³</td> <td>=</td> <td>Inlay (einfächig, ...)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>=</td> <td>vorhandene Brückenglieder</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </table>			rechts								links									o	=	Zahn ohne krankhaften Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		c	=	kariöser Zahn																	Oberkiefer	g	=	gefüllter Zahn																		f	=	fehlender Zahn																	Unterkiefer)	=	fehlender Zahn, Lücke geschlossen	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		x	=	zu entfernender Zahn																		e	=	entfernter, bereits ersetzter Zahn																		k	=	vorhandene Krone oder Stiftkrone																		tk	=	vorhandene Teilkrone																		i ¹ - i ³	=	Inlay (einfächig, ...)																		b	=	vorhandene Brückenglieder																		
		rechts								links																																																																																																																																																																																																																																							
o	=	Zahn ohne krankhaften Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																															
c	=	kariöser Zahn																	Oberkiefer																																																																																																																																																																																																																														
g	=	gefüllter Zahn																																																																																																																																																																																																																																															
f	=	fehlender Zahn																	Unterkiefer																																																																																																																																																																																																																														
)	=	fehlender Zahn, Lücke geschlossen	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																															
x	=	zu entfernender Zahn																																																																																																																																																																																																																																															
e	=	entfernter, bereits ersetzter Zahn																																																																																																																																																																																																																																															
k	=	vorhandene Krone oder Stiftkrone																																																																																																																																																																																																																																															
tk	=	vorhandene Teilkrone																																																																																																																																																																																																																																															
i ¹ - i ³	=	Inlay (einfächig, ...)																																																																																																																																																																																																																																															
b	=	vorhandene Brückenglieder																																																																																																																																																																																																																																															
5.	Welche Zähne wurden in den letzten fünf Jahren ersetzt, überkront oder mit Brücken bzw. Inlays versorgt?	<table border="1"> <tr> <td>Zahn/Zähne</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monat/Jahr</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Zahn/Zähne					Monat/Jahr																																																																																																																																																																																																																																									
Zahn/Zähne																																																																																																																																																																																																																																																	
Monat/Jahr																																																																																																																																																																																																																																																	
6.	Sind die vorhandenen Füllungen erneuerungsbedürftig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an welchen Zähnen?																																																																																																																																																																																																																																															
7.	Liegt eine behandlungsbedürftige Parodontalerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Diagnose angeben.																																																																																																																																																																																																																																															
8.	Bestehen funktionelle Beschwerden bzw. Erkrankungen des Kauorgans? Welche Behandlungsmaßnahmen halten Sie für indiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?																																																																																																																																																																																																																																															

FD	Versicherungs-Nr. KV	Person
----	--------------------------------	--------

9. Ist Zahnersatz notwendig oder angeraten?

	rechts										links										
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
Fü/F = Füllung																					
E = zu ersetzen/ herausnehmbarer ZE																	Oberkiefer				
K = Krone																	Unterkiefer				
VK = Verblendkrone																					
VMK/MK = Metallkeramikkrone																					
T/TK = Teleskopkrone (oder Teilkrone)																					
KK = Konuskrone																					
B = Brückenglied																					
M/B = Metallkeramikbrücke																					
O = Verbindungselement																					
H = Halte-/Stützvorrichtung																					
- = Schiene/Steg																					
I = Inlay																					
Im = Implantat																					

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Mahl-/Backen-
zähne Eck-
zahn Schneidezähne Eck-
zahn Mahl-/Backen-
zähne

10. Bitte geben Sie eine Kostenschätzung für notwendige Behandlungs-
maßnahmen ab

Zahnärztliches Honorar	_____ EUR
Labor und Material	_____ EUR
Gesamt	_____ EUR

Ort und Tag der Untersuchung _____ den _____
(bitte Korrekturen gesondert abzeichnen und gegen stempeln)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____

WIRD AUF WUNSCH NACHGEREICHT !

DMS 01096

Kein Hausarzt

Kein Glauben an Kittel in Weiß

Versicherungs-Nummer KV	Vermittlernummer	Anfrage vom
-----------------------------------	------------------	-------------

Ärztliche Untersuchung (vom Arzt auszufüllen)

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Die Kosten der Untersuchung trägt bis 73,- Euro die DKV.

I. Personalien der zu untersuchenden Person

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)	ausgeübter Beruf

II. Allgemeine Fragen an den Arzt (Bitte wissenschaftliche Diagnosen angeben – keine Striche verwenden)

1. Seit wann befindet sich der Patient in Ihrer Behandlung? Wegen welcher Erkrankungen, Beschwerden oder Unfälle wurde der Patient in den letzten 5 Jahren a) nach der erhobenen Anamnese b) nach der Krankengeschichte nach Ihren eigenen Unterlagen behandelt? Wurden Tests bezogen auf AIDS, Allergien, Diabetes etc. durchgeführt? Wenn ja, mit welchen Ergebnissen? (Alle Angaben bitte jeweils mit Zeitangaben von/bis.) Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese zur Einsicht überlie ßen; eine umgehende Rücksendung wird garantiert.	a) b)
2. Wann wurde der Patient erstmals von Ihnen über die von Ihnen erhobenen Befunde informiert?	
3. War oder ist eine Behandlung – ggf. auch Mitbehandlung – erforderlich bzw. angeraten? a) weshalb? (Diagnose) b) von / bis c) Name und Anschrift des mit-/behandelnden Arztes	a) b) c)
4. Besteht eine Erwerbsminderung, Wehrdienstbeschädigung oder eine sonstige Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, was liegt vor?
5. Name und Anschrift des Hausarztes.	
6. Sofern Ihnen Fremdb Berichte vorliegen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese zur Einsicht überlie ßen; eine umgehende Rücksendung wird garantiert.	Aktuelle Laborwerte sind nicht erforderlich.
7. Urinbefund (Bitte unbedingt angeben!) Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr kann auf den Urinbefund verzichtet werden.	Eiweiß Blut Zucker Sediment

Versicherungs-Nummer KV	Vermittlernummer	Name, Vorname(n) der zu untersuchenden Person
-----------------------------------	------------------	---

III. Allgemein- und Organbefunde

8. Größe und Gewicht	cm:	kg:
9. Blutdruck in Ruhe	systolisch:	diastolisch:
10. Puls Für Kinder unter dem 3. Lebensjahr ist die Angabe des Ruhepuls ausreichend.	Ruhepuls:	
11. Halten Sie Herz, Kreislauf und Gefäße für gesund?	nach 10 Kniebeugen:	nach 2 Minuten:
12. Halten Sie Augen, Nase, Ohren, Mund- und Rachenhöhle für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was wurde festgestellt?
13. Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was liegt vor?
14. Halten Sie den Bewegungsapparat und die Gelenke für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was liegt vor?
15. Halten Sie das Nervensystem für gesund, und ist das psychische Verhalten unauffällig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was liegt vor?
16. Halten Sie die Verdauungsorgane (Magen, Leber, Gallenblase, Darm, Pankreas) für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was liegt vor?
17. Halten Sie die Nieren sowie Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, was liegt vor?
18. Liegen Anzeichen von Stoffwechselfunktionsstörungen, insbesondere der Schilddrüse, vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, was liegt vor?
19. Bestehen Haut- oder Schleimhautveränderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Art und Lokalisation angeben.
20. Liegen Venenerkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, was liegt vor?
21. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wann erstmals durch wen festgestellt? (Wenn ja bitte Kopie des Mutterpasses beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Monat: Feststellungsdatum: Arzt:
Bestehen a) Brust- oder Unterleibsleiden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, was liegt vor?
b) Hormon- oder Regelstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, was liegt vor?
22. Liegen sonstige Gesundheitsstörungen, krankhafte Veränderungen, Missbildungen oder Unfallfolgen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, was liegt vor?
23. Welche diagnostischen Maßnahmen sind evtl. erforderlich oder angeraten und aus welchem Grund, insbesondere auch bei veränderten Blutwerten (siehe Punkt 6)? (Therapie/Diagnose)		
24. Gesamteindruck und Beurteilung		

Ort und Tag der Untersuchung	Stempel, Unterschrift des Arztes (Bitte Korrekturen gesondert abzeichnen und gegenstempeln)
------------------------------	--