

Version: 11.11.2014

# Antrag auf Einzelabsicherung im Krankheitsfall



Deutsche Gesundheit

Vertragsnummer:

Vermittler:

# 1. Angaben zum Antragsteller

(Betreffendes bitte ankreuzen)

Vorname(n) und Familienname		Geburtsdatum	Geburtsort		
Titel		zurzeit ausgeübte Tätigkeit	Nationalität	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		
Telefon	E-Mail	ggf. Homepage			

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit / Beschäftigung:** seit . | . | . . .

Selbständiger  Freiberufler  Beihilfeberechtigter (z.B. Beamter)  Arbeitnehmer (freiwillig)

Name des Arbeitgebers	Telefon / Fax	E-Mail	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort

## Einkommen im Jahr

Ihr <u>Brutto</u> einkommen:	Ihr <u>Netto</u> einkommen:
------------------------------	-----------------------------

# 2. Sonstige Angaben und Fragen

**Bestand oder besteht privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz oder wurde dieser beantragt?**

Versicherer / Kasse	von ... bis ...	Krankheitskosten- versicherung	Krankentage- geldanspruch	Höhe in € und Beginn der Tagegeldleistung
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

# 3. Individuelle Leistungen der Deutschen Gesundheit und Pflege

**Folgende Leistungen werden vereinbart.**

Leistungen des **KRD** (im Sinne der Mindestanforderungen des SGB V) sind markiert. Wahlleistungen sind anzukreuzen.

<input checked="" type="checkbox"/>	Stationäre Leistungen, allgemeine Unfall- und Notfallversorgung, Krankentransport, Mehrbettzimmer, Belegarzt
<input checked="" type="checkbox"/>	Ambulante ärztliche Leistungen, auch Fachärzte, bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ
<input checked="" type="checkbox"/>	Stationäre Psychotherapie, nur mit Genehmigung durch den Antragsteller und einem Selbstbehalt von 5.000 € pro Kalenderjahr
<input checked="" type="checkbox"/>	Ambulante Psychotherapie, max. 20 Sitzungen pro Kalenderjahr
<input checked="" type="checkbox"/>	Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel <sup>1)</sup>
<input checked="" type="checkbox"/>	Heilbehandlung, medizinische Reha zur Beseitigung oder Linderung von Unfall- oder Krankheitsfolgen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pflegeleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit (im Sinne des SGB XI)
<input checked="" type="checkbox"/>	Häusliche Pflege bei Krankheit oder Unfallfolge
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahnbehandlung bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahnprophylaxe, Zahnreinigung

<input checked="" type="checkbox"/>	Zahnersatzleistungen (Kronen, Inlays, Brücken) <sup>2)</sup>
<input checked="" type="checkbox"/>	Kieferorthopädie (bis zum 18. Lebensjahr)
<input type="checkbox"/>	Heilpraktikerbehandlung
<input type="checkbox"/>	TCM (Traditionelle Chinesische Medizin)
<input type="checkbox"/>	Osteopathie
<input type="checkbox"/>	Homöopathie
<input type="checkbox"/>	Kinesiologie
<input type="checkbox"/>	Anthroposophische Medizin
<input type="checkbox"/>	Geistheiler, vom KRD geprüft und lizenziert, auch Reiki
<input type="checkbox"/>	Gesundheitsberatung
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung 5.000 € für alle Bereiche (ambulant, stationär und Zahn) <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung _____ € für alle Bereiche (ambulant, stationär und Zahn) <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/>	<i>oder</i> Selbstbeteiligung _____ € für Teilbereich ambulant <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung _____ € für Teilbereich stationär <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung _____ € für Teilbereich Zahn <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/>	Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (vergleichbar Krankentagegeld) <sup>4)</sup>
<input type="checkbox"/>	Leistungen bei Krankenhausaufenthalt (vergleichbar Krankentagegeld) <sup>4)</sup>

1) 80 % Übernahme, außer bei 5.000 € jährlicher Selbstbeteiligung.

2) 60 % Übernahme, außer bei 5.000 € jährlicher Selbstbeteiligung.

3) Sie können wählen, welche Selbstbeteiligung Sie wünschen.  
Hierzu erhalten Sie von uns eine gesonderte Übersicht.

4) Höhe und Beginn der Leistungen werden gesondert festgelegt.

#### 4. Fragen zur Gesundheit

**Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der Platz nicht, antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe Ihres Vor- und Familiennamens und weisen Sie in diesem Antrag darauf hin. Falls Sie Ihrem Berater gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber dem KRD innerhalb von einer Woche schriftlich nachzuholen. Weisen Sie in diesem Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Sie sind verpflichtet, alle Inanspruchnahmen von Ärzten oder anderen Heilkundigen, die bis zur Schließung des Vertrags erforderlich sind, und alle Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend schriftlich mitzuteilen.**

		Ja	Nein
<b>1</b>	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Pflegebedürftigkeit, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen (auch unerfüllter Kinderwunsch) - die nicht untersucht/behandelt wurden - oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) und/oder Heilmittel (KG, Massage) angewendet oder tragen/benutzen Sie Hilfsmittel (Hörgerät, Bandage, Rollstuhl, Gehhilfe, ...)? → Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Bestand oder besteht eine Fehlsichtigkeit? → Wenn ja, welche Dioptrinstärke? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Bestand oder besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine andere Art körperlicher/geistiger Einschränkung? Grad der Behinderung: _____ % → Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Besteht eine Schwangerschaft? → Wenn ja, in welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____		

<b>Fragen 12 - 15 nur beantworten, wenn zahnärztliche Leistungen gewählt werden</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>12</b>	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden? → Wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Finden zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Korrektur statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? → Wenn ja, ist ein aktueller Heil- und Kostenplan erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? → Wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> Bei mehr als 3 fehlenden und nicht ersetzten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Sind fehlende Zähne durch Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays, Implantate, Zahnprothesen) versorgt, die älter als 10 Jahre sind? → Wenn ja; Anzahl: <input type="text"/> Bei mehr als drei versorgten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Sind Sie Vegetarier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Sind Sie Veganer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Sind Sie Rohköstler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Sind Sie Nichtraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Sind Sie Gelegenheitsraucher? (3 - 5 Zigaretten in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Sind Sie starker Raucher? (regelmäßiger bis täglicher Konsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. a) Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-10 und 12-15, wenn mit "ja" beantwortet:**

Nr.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt)	Beschwerden / Behandlungen	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

## 5. Bankverbindung

Ihre Bankverbindung im SEPA-System:

IBAN:

BIC:

Bank:

Ihr Konto bei der Königlichen Reichsbank:

Kontonummer:

## 6. Vertragsbeginn

Ab wann soll der Einzelvertrag in Kraft treten?

---

## 7. Über welche Quelle(n) haben Sie von uns erfahren?

- Internet
- Freunde/Bekannte
- Seminare/Vorträge
- Sonstige

**Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin****Einschränkungen der Leistungen**

Die Gewährung von Leistungen beginnt nicht vor dem vereinbarten Termin und frühestens durch Zustandekommen des Vertrags. (Alle bis zum Zustandekommen des Vertrags eintretenden gesundheitlichen Veränderungen sind unverzüglich nachzumelden).

Ambulante und stationäre Untersuchungen oder Behandlungen im Krankenhaus, in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie Muttergenesungskuren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits beabsichtigt oder angeraten sind bzw. die vom Zeitpunkt der Antragstellung bis zum Zustandekommen des Vertrags oder bis zum Beginn der Gewährung von vertraglich vereinbarten Leistungen beabsichtigt oder angeraten werden, sind nicht Gegenstand des Einzelvertrags. Wir halten uns eine eingehende Prüfung vor.

Wir bieten individuell zu bescheidende **Kostenübernahme**, wobei ein Rechtsanspruch auf **Kostenübernahme einer bestimmten Leistung** von vornherein nicht gewährt wird.

Die Leistungen werden nur in Deutschland gewährt und nur für Krankheiten, die dort erworben wurden und Unfälle, die dort geschehen sind. Individuelle davon abweichende Einzelvereinbarungen sind möglich.

Bei Behandlungen, **außer in akuten Notfällen**, die insgesamt ein Behandlungskostenvolumen von 1.000,- Euro überschreiten, ist eine vorherige Rücksprache mit dem Bevollmächtigten des KR D erforderlich.

Die Kosten für Krebsbehandlungen im Sinne der Schulmedizin sowie Organtransplantationen, stationäre Psychotherapie, Impfungen und deren Folgekosten werden nur nach vorheriger Rücksprache mit dem KR D mit einem Selbstbehalt von jeweils 5.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung zur Leistungsgewährung bei Krankenhausgeburten ist der Besuch des Seminars "Entwicklungsgesetze des Lebens".

Leistungen für Zahnarzt- und Zahnersatzbehandlungen sind beschränkt: bis Ende des 1. Jahres auf 1.000,- Euro / bis Ende des 2. Jahres auf 2.000,- Euro / bis Ende des 3. Jahres auf 3.000,- Euro / bis Ende des 4. Jahres auf 4.000,- Euro / bis Ende des 5. Jahres auf 5.000,- Euro.

**Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags**

Die Fragen in diesem Antrag sind nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch die für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann das KR D vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

Grundlage der Inanspruchnahme der Wahlleistungen durch den Antragsteller ist ein Leistungsaustausch zwischen den Vertragspartnern, der in Aufwand, Größe und Wert den gewünschten Wahlleistungen entspricht.

Sollten die angebotenen Leistungen des Antragstellers nicht in der vereinbarten Form möglich sein, ist ein Ausgleich in Euro, Engel oder E-Mark möglich. Die Höhe des Betrages richtet sich nach den individuell vereinbarten Leistungen.

**Genußrecht**

Wurden nach zwei Jahren keine Leistungen des KR D in Anspruch genommen, erhält der Antragsteller eine individuelle Gutschrift / ein individuelles Genußrecht. Dies ist ebenfalls nach drei, fünf, sieben und zehn Jahren der Fall.

**Anwendbares Recht**

Es gilt vorrangig deutsches Recht des Königreiches Deutschland.

**Aufsicht**

Etwaige Beschwerden des Antragstellers können schriftlich an das KR D, Coswiger Straße 7, 06886 Lutherstadt Wittenberg gerichtet werden.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Dem Antragsteller ist bekannt, daß das Königreich Deutschland, soweit hierzu ein Anlaß besteht, Angaben über den Gesundheitszustand bei dessen ehemaligen oder bestehenden Krankenversicherern und auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Absicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken des beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck sind Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die den Antragsteller in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht entbunden, und zwar über den Tod des Antragstellers hinaus. Sie sind ermächtigt, dem KR D die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen der Antragsteller bisher in Vertragsbeziehungen stand oder steht. Diese Ermächtigung erlischt **fünf Jahre** nach Antragstellung.

Dem Antragsteller ist ferner bekannt, daß der Gewährsgeber der Leistungen zur Beurteilung auch Angaben überprüft, die zur Begründung etwaiger Leistungen gemacht wurden oder die aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie vom Antragsteller veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ersichtlich sind. Auch zu diesem Zweck befreit der Antragsteller die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbindet der Antragsteller auch zur Prüfung von Leistungen im Falle seines Todes.

Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Absicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung wird auch für die mit zu unterstützenden Kinder des Antragstellers sowie die von ihm gesetzlich vertretenden Personen abgegeben, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

**Datenschutz**

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

**Mindestvertragslaufzeit**

Die Mindestvertragslaufzeit beläuft sich auf 18 Monate.

**Kündigung**

Es besteht eine Kündigungsfrist von 3 Monaten. Im Fall einer Änderung der Leistungsvereinbarung tritt ein Sonderkündigungsrecht in Kraft.

**Zahlungsverzug**

Sollte die vereinbarte Leistung des Antragstellers nach **zwei Monaten** noch nicht beglichen sein, folgt die erste Mahnung, nach **drei Monaten** die zweite Mahnung (zzgl. 1,50 € / ENGEL / E-Mark pro versäumtem Monat).

**Statut**

Der Antragsteller anerkennt durch seine Unterschrift das Statut der DG vollumfänglich. Das Statut ist veröffentlicht unter: <http://sozialabsicherung.de> oder auch auf Anfrage erhältlich.

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit.  
Wir bitten Sie, jegliche Änderungen dem KR D unverzüglich mitzuteilen.**

Ort und Datum

Unterschrift(en) des Staatsangehörigen / Staatszugehörigen  
Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter

**Antrag angenommen:** \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten des KR D

## 9. Die Anlage ist Vertragsgegenstand

Um Ihren individuellen oder auch religiösen Bedürfnissen entsprechen zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Mehrfachauswahl möglich):

<b>1. Welche Therapie wünschen Sie im Falle der Diagnostizierung einer Krebserkrankung?</b>	
<input type="checkbox"/>	schulmedizinische Behandlung (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation)
<input type="checkbox"/>	Homöopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	Osteopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	andere Heilpraktikerbehandlungsart
<input type="checkbox"/>	Behandlung nach Traditionell Chinesischer Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	Therapie in einem alternativen Krebsbehandlungszentrum
<input type="checkbox"/>	Geistheilung
<input type="checkbox"/>	Eigenbehandlung in Selbstverantwortung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<b>2. Welche Behandlung wünschen Sie im Falle der Diagnose eines bevorstehenden Organversagens mit angeratener Organtransplantation (was im Behandlungsfalle dann auch eine Bluttransfusion mit sich bringen würde)?</b>	
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation mit Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation ohne Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Abwarten und Ernährungs- und Lebensweise umstellen
<input type="checkbox"/>	Abwarten und eventuell ein Sterben in Kauf nehmen
<input type="checkbox"/>	Geistheilung durch einen angeratenen Heiler
<input type="checkbox"/>	Therapie in Eigenbehandlung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	Behandlung in einem alternativen Behandlungszentrum, ohne die durch den Arzt angeratene Organtransplantation
<b>3. Welche Entbindungsart wünschen Sie im Falle einer Schwangerschaft?</b>	
<input type="checkbox"/>	normale Krankenhausentbindung
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung mit einer Hebamme im eigenen Haus / in der eigenen Wohnung
<input type="checkbox"/>	Sonstige
<b>4. Wie wollen Sie bei der Diagnose einer chronischen Krankheit behandelt werden?</b>	
<input type="checkbox"/>	auf schulmedizinische Art
<input type="checkbox"/>	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	durch einen Heilpraktiker
<input type="checkbox"/>	durch einen Geistheiler
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte eventuell selbst näher ausführen:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers