

Spezialist für den Öffentlichen Dienst. 

Spezialantrag für Dienstanfänger

Private Krankenversicherung
Polizei/Bundespolizei/Feuerwehr

Antrag

Überreicht durch:

 **Agentur Klose**

Uerdinger Strasse 11
47441 Moers

Telefon 02841 8871550
Internet: www.agentur-klose.de
Email: harry.klose@agentur-klose.de

ANTRAGS-FAX-NUMMER:

02841-8871560

Versicherungs-
träger DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung,
Zweigniederlassung der
AXA Krankenversicherung AG

Sitz der Gesellschaft Köln
Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679
Sitz der Zweigniederlassung: Wiesbaden
Hausanschrift: Frankfurter Straße 50,
65189 Wiesbaden
Internet: www.dbv-winterthur.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Dr. Frank W. Keuper
Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;
Jörg Arnold; Thomas Michels;
Dr. Patrick Dahmen (stv.).

Diesen Antrag bitte per Telefax ausgefüllt und unterschrieben an Telefax **02841 8871560**

oder per Post an: Agentur Klose, Uerdinger Strasse 11, 47441 Moers

Spezialantrag für Dienstanfänger bei Polizei, Bundespolizei und Feuerwehr

Antrag
stellende
Person
(= Versicherungs-
nehmer/-in
= versicherte
Person)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)	Telefon/Telefax privat (freiwillige Angabe)	
PLZ, Wohnort (1. Wohnsitz)	Telefon/Telefax dienstlich (freiwillige Angabe)	
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)	Gewerkschaftsmitglied – in welcher?	
Dienstbezeichnung	Ausbildungsbeginn	genaue Tätigkeitsbeschreibung
Beihilfevorschrift*)	*) Bund? Land (SchlH, HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhIPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)?	

Ich beantrage den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages nach den jeweils bezeichneten Tarifen. **Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, der mit dem Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines erfolgt.**

Versicherungsbeginn: _____

Mein Monatsbeitrag (bitte ankreuzen)

Ich wähle
folgende(n)
Tarif(e)
(bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Tarif AWFH* 1,00 Euro mtl.	<input type="checkbox"/> Tarif PVB	<input type="checkbox"/> Tarif KHTE 10	<input type="checkbox"/> Tarif 030
<input type="checkbox"/> Tarif 033	<input type="checkbox"/> Tarif 035	<input type="checkbox"/> Tarif Premium	

* Sofern der Tarif AWFH alleine beantragt wird, ist jährliche Zahlungsweise vereinbart.

Dok 100587

Widerrufliche
Einzugs-
ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers	Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller/-in)	
Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag von meinem Konto abgebucht wird.		Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Private
Pflegepflicht-
versicherung
(Für alle zu
versichernden
Personen
– auch Kinder –
zu beantworten)

1. Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegeversichert?			
von/bis	bei	von/bis	bei
2. Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt (s.a. Antragsrückseite)			
<input type="checkbox"/> unter 355 EUR	<input type="checkbox"/> zwischen 355 und 400 EUR	<input type="checkbox"/> über 400 EUR	Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind beantragt wird.

3. Befindet sich zur Zeit in Schul- oder Berufsausbildung oder leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Bescheinigung ist vorzulegen)
4. Wird zur Zeit Wehrdienst/Zivildienst abgeleistet oder wurde die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst aufgeschoben oder unterbrochen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Dienstzeitenbescheinigung ist vorzulegen)

Beantragung einer Beitragsermäßigung für Ehegatten/-in und eingetragene Lebenspartner/-in

5. Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in			
Versicherungsunternehmen (Aktuelle Bescheinigung ist vorzulegen)	Versicherungsnummer		
6. Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s.a. Antragsrückseite)			
<input type="checkbox"/> unter 355 EUR	<input type="checkbox"/> zwischen 355 und 400 EUR	<input type="checkbox"/> über 400 EUR	Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Interne
Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
		4006000414			
GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF					
<input checked="" type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

*siehe Rückseite



**Vorversicherung
oder bestehende
bzw. abgelehnte
Versicherungen
(auch Probeantrag)**

wo?	von/bis oder abgelehnt?	Tagegeldhöhe in EUR/ Versicherungsart
Krankheitskostenvollversicherung (GKV,PKV,freie Heilfürsorge)		
Zusatzversicherung (z.B.ambulant, 2-Bett-Zimmer,Privatarzt,Zahnzusatz)		
Krankenhaustagegeld		

**Umstellungs-
Service-**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungs-Service können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.

ja nein

**Angaben
zum Gesund-
heitszustand**

Der/Die Vermittler/-in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/Sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind. Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf beigefügte gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG.

Größe cm
Gewicht kg

**Achtung:
Bei Abschluss
innerhalb von
drei Monaten
nach Ausbildungs-
beginn verzichten
wir auf eine
Gesundheitsprüfung.**

Für den Tarif AWFH und die gleichzeitig beantragten Tarife PVB, KHTE 10, 030, 033, 035 und Premium gilt: Die Beantwortung der nachfolgenden Gesundheitsfragen ist nicht erforderlich, bei Vertragsabschluss innerhalb von 3 Monaten nach Dienstantritt (Ausbildungsbeginn).

Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin? ja nein
Name und Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin Fachrichtung des Hausarztes/der Hausärztin

1. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille / Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig / angeraten? ja nein
Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl links / rechts an.
L _____ R _____
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren ärztlich festgestellte Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. auch Augenerkrankungen)? ja nein
- 3a. Finden oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen, Therapien/Gesprächstherapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen durch Ärzte/-innen und / oder andere Heilbehandler/-innen statt?
Bitte auch Beratungen, Behandlungen aufgrund **eines unerfüllten Wunsches** nach eigenen Kindern sowie psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen angeben. ja nein
- 3b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? ja nein
- 3c. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage ununterbrochen eingenommen bzw. angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Aspirin). ja nein
4. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung der Behinderung und dem Grad der Behinderung beifügen. ja nein
5. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren täglich oder annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert oder besteht / bestand **jemals** eine Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an. ja nein
6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus? ja nein
- 8a. Finden oder fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien/Gesprächstherapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen statt (z. B. in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren)?
Bitte auch Beratungen, Behandlungen aufgrund **eines unerfüllten Wunsches** nach eigenen Kindern sowie psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen angeben. ja nein
- 8b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? ja nein
- 9a. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.) Bitte Anzahl angeben. ja nein
- 9b. Befinden Sie sich zur Zeit in einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt (ggf. Kostenvorschlag beifügen)? ja nein
- 9c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (Parodontose/Parodontitis usw.) Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie? ja nein

Hinweis: Sind die Fragen 9a und/oder 9b mit „ja“ beantwortet bitte die fehlenden Zähne im Zahnschema ankreuzen.

Ihr Oberkiefer links							Ihr Oberkiefer rechts						
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
Ihr Unterkiefer links							Ihr Unterkiefer rechts						

**Nur für Tarife
mit Zahn-
versicherungsschutz**

Dok 100587

27830549 (7.08)

Bitte in Blockschrift ausfüllen**Persönliche Angaben**

Versicherungsnehmer/Antragsteller, Name
Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Wohnort
Versicherungsschein-Nummer

Vermittler:

Agentur Klose
Uerdinger Strasse 11
47441 Moers
Telefon 02841-8871550
Telefax 028418871560
www.agentur-klose.de

Orga-Nr. 4006000414**Ort/Tag der Beratung**

- Büro des Betreuers Telefonisch
 Wohnung/Betrieb des Kunden Sonstiges:

Tag der Beratung**Zusätzliche Gesprächsteilnehmer****Gesprächsanlass**

Auf eine **Beratung** und/oder **Dokumentation** haben Sie ausdrücklich verzichtet (Unzutreffendes bitte streichen).

Hinweis: Sie sind darauf hingewiesen worden, dass sich der Beratungsverzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherungsvermittler und/oder das Versicherungsunternehmen einen Schadenersatzanspruch wegen Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend zu machen.

Dieser Verzicht wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die AXA Versicherungen zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift Versicherungsnehmer