

## Antrag auf Krankenversicherung

**Vertriebspartner:**

**Agentur DB2001**

Horst und Doris Breitkopf  
Im Eisholz 25a  
51373 Leverkusen

Telefon: +49 (0)214 6026524

- 
- Neukunde
- Bereits Kunde von Foyer S.A., falls ja, bitte bisherige Kunden-Nr angeben
- Individual
- Gruppe, Gruppenvertragspartner
-

## Antrag auf Krankenversicherung

**Hinweis:** Wir können Ihren Antrag nur dann prüfen und bearbeiten, sofern er vollständig ausgefüllt bei uns eingereicht wurde. Bitte nehmen Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Hilfe, falls beim Ausfüllen des Antrags sich Fragen für Sie ergeben.

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung für die unten aufgeführten zu versichernden Personen.

### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

- Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer.  
 Ich handle als Versicherungsnehmer und als versicherte Person.

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01/... / .....		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift	Adresse	
Kontaktdaten	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland (ursprüngliches)		Ort
Aufenthaltsland (zukünftiges)		Ort

**Vertragssprache** (Jeglicher Schriftverkehr/alle Unterlagen soll/sollen in der folgenden Sprache bereitgestellt werden):

- Deutsch  Französisch  Englisch

### 2. Mitzuversichernde Personen

#### Person 2

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01/... / .....		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="radio"/> Wie Person 1	Ort	PLZ
	Land	Weitere Adresse
Kontaktdaten <input type="radio"/> Wie Person 1	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland		Ort
Aufenthaltsland		Ort

**Person 3**

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01/.../.....		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="radio"/> Wie Person 1	Ort	PLZ
	Land	Weitere Adresse
Kontaktdaten <input type="radio"/> Wie Person 1	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland		Ort
Aufenthaltsland		Ort

**Person 4**

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01/.../.....		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="radio"/> Wie Person 1	Ort	PLZ
	Land	Weitere Adresse
Kontaktdaten <input type="radio"/> Wie Person 1	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland		Ort
Aufenthaltsland		Ort

### 3. Tarifstufe

Person	Tarifstufe			Zusätzliche Assistance*	Region	Beitrag (monatlich)
	Essential	Special	Exclusive			
1	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit <input type="radio"/> weltweit ohne USA	
2	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit <input type="radio"/> weltweit ohne USA	
3	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit <input type="radio"/> weltweit ohne USA	
4	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit <input type="radio"/> weltweit ohne USA	
<b>Gesamtbetrag** für alle zu versichernden Personen:</b>						

\* Der monatlicher Beitrag für das zusätzliche Assistance Paket beträgt 5 EUR. Bitte bei Ihrem monatlichen Versicherungsbeitrag einrechnen.

\*\* Ich bin informiert, dass auf den Beitrag je nach Aufenthaltsland noch Steuern und Gebühren anfallen können.

### 4. Angaben zur Gesundheit

Moratorium – Option gilt nur sofern Sie und alle zu versichernden Personen zum Zeitpunkt der Antragsstellung 55 Jahre alt sind oder jünger.

Ich bin nicht verpflichtet, die nachfolgenden Gesundheitsfragen auszufüllen. Mir ist bewusst, dass Vorerkrankungen und damit verbundene Gesundheitsstörungen während einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
4.1. Größe in cm				
4.2. Gewicht in kg				
4.3. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.4. Benötigen Sie regelmäßig Arzneimittel? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.5. Besteht eine Behinderung? Grad in %?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.6. Bestehen Gebrechen, Anomalien oder werden Prothesen getragen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.7. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Heilstätten- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.8. Haben in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Unfallfolgen bestanden (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.9. Haben in den letzten 3 Jahren Behandlungen (auch psychotherapeutische Behandlungen) oder Untersuchungen stattgefunden? Traten Folgeerscheinungen auf?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.10. Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.11. Besteht Schwangerschaft? Voraussichtlicher Entbindungstermin:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.12. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt, z.B. durch AIDS-Test?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.13. Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien rechts:  Anzahl Dioptrien links:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.14. Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen –, die nicht ersetzt sind? Anzahl fehlender Zähne:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Bitte machen Sie nähere Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen. Beantworten Sie hierbei insbesondere die folgenden Fragen: Welche Diagnose wurde gestellt? Wann findet (fand) die Behandlung statt? Wer führt(e) die Behandlung durch? (Angabe des Arztes / Heilpraktikers / Krankenhauses etc. mit Adresse) Welche Medikamente werden (wurden) benötigt?

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag.  
Gesondertes Blatt?

Nein  Ja

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum von - bis	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen?
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

**5. Bestand, besteht oder ist eine private oder gesetzliche Krankenversicherung beantragt?**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
falls ja:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Gesellschaft, Ort				
von ... bis ...				

**6. Zahlungsangaben**

**a) Zahlungsweise**

Monatlich (Nur möglich bei Lastschrift und Kreditkarte)  Halbjährlich  Jährlich

**b) Zahlungsform**

Überweisung/Transfer (Nur möglich bei halbjährlicher (2% Nachlass) oder jährlicher (3% Nachlass) Zahlung)

**Kreditkarte**  
Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die Daten Ihrer Kreditkarte über eine speziell gesicherte Webfunktion abgefragt. Den Link zu dieser Seite erhalten Sie mit Ihren Versicherungsunterlagen. Bitte folgen Sie diesem Link und geben Sie die entsprechenden Daten nach Erhalt der Unterlagen ein. Bitte beachten Sie, dass folgende Zuschläge auf den Monatsbeitrag gemäß dem von Ihnen gewählten Zahlungsintervall erhoben werden: 0 % bei jährlicher, 2 % bei halbjährlicher und 4 % bei monatlicher Zahlung.

**Lastschriftverfahren SEPA** (nur gültig für Beitragszahlungen in Euro innerhalb der Eurozone\*). Bitte senden Sie uns das ausgefüllte SEPA Lastschriftmandat (Seite7) zusammen mit dem Antragsformular zu. Bei halbjährlicher Zahlung gewähren wir 2% Nachlass bei jährlicher Zahlung 3% Nachlass.

\*Zur Eurozone gehören: Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Irland, Lettland, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slovenien, Spanien, Zypern.

**7. Erstattungskonto**

Geben Sie bitte ein Bankkonto an, auf welches wir die erstattungsfähigen Leistungen überweisen können, falls bereits vorhanden.

Kontoinhaber	Geldinstitut
Konto-Nummer	BLZ
PLZ/Ort	Land
Swift (BIC)	IBAN
Währung	

## 8. Besondere Vereinbarungen: (bedürfen der schriftlichen Zustimmung von Foyer Santé)

## 9. Vermittler

Dieser Vertrag kam in Zusammenarbeit mit: Name Vermittler **Agentur DB 2001**

Vermittlernummer **3545**

zustande.

## 10. Vertragsgrundlagen und Erklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Dieser Versicherungsantrag verpflichtet weder den Antragsteller, noch Foyer Santé zu einem Vertragsabschluss. Durch die Unterzeichnung des Antrags wird kein Versicherungsschutz ausgelöst. Innerhalb von 30 Tagen nach Eingang des Antrags ist Foyer Santé zur Vermeidung von Schadenersatz dazu verpflichtet, dem Antragsteller entweder ein Versicherungsangebot, die Notwendigkeit einer weiteren Risikoüberprüfung oder die Ablehnung der Versicherung mitzuteilen.

Der Versicherungsantrag dient zusammen mit den Gesundheitsfragebögen und anderen Foyer Santé erteilten ärztlichen Auskünften als Grundlage für den Versicherungsvertrag und sind Bestandteil desselben.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Alle, bis zum Abschluss des Vertrages eintretenden Veränderungen im Gesundheitszustand (Beschwerden, Krankheiten, Unfälle), Heilbehandlungen einschliesslich Beratungen und Untersuchungen (auch beabsichtigte oder angeratene) sowie alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit, müssen Foyer Santé unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

Die zu versichernden Personen, bzw. die gesetzlichen Vertreter der zu versichernden Personen bei deren Unmündigkeit, ermächtigen Foyer Santé, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen einzuholen. Dazu darf Foyer Santé Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Krankenanstalten aller Art befragen. Zu diesem Zwecke sind diese hiermit ausdrücklich – auch über den Tod hinaus – von der Schweigepflicht entbunden.

Die Foyer Santé übermittelten Daten werden im Hinblick auf Kundendienst, Risikoübernahme, Vertragsverwaltung und Leistungszahlung computerunterstützt verarbeitet. Bei Foyer Santé steht jeder Person das Recht auf Einsicht und Berichtigung der sie betreffenden Daten zu (Gesetz vom 02.08.2002 über die Verwendung personenbezogener Daten bei der computerunterstützten Datenverarbeitung).

Der Versicherungsnehmer verfügt ab dem Zeitpunkt, wo er vom Vertragsabschluss unterrichtet wird, über eine Frist von 30 Tagen, in der er per Einschreiben auf das Inkrafttreten des Vertrages verzichten kann.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine Familiensicht im Kundenbereich Foyer beantragt, stimmen die zu versichernde Personen hiermit zu, dass die sie betreffenden Informationen im Rahmen des Abschlusses und der Ausführung des Versicherungsvertrages im Kundenbereich Foyer zur Verfügung gestellt werden.

## 11. Unterschriften

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers (Vor- und Zuname)

Unterschrift der 1. zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller (Vor- und Zuname), ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der 3. zu versichernden Person (Vor- und Zuname), ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der 2. zu versichernden Person (Vor- und Zuname), ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der 4. zu versichernden Person (Vor- und Zuname), ggf. gesetzlicher Vertreter

