

## Aufnahmebogen zur Krankentagegeldversicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

MÖGLICHER VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE PERSON			
Gewünschter Beginn			
(Titel) Name, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum			
Telefon		E-Mail	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Familienstand	<input type="checkbox"/> unverheiratet	<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebenspartnerschaft	
Berufsstatus			
Derzeitige Tätigkeit		seit:	
Monatliches Einkommen (Netto)		Monatliches Einkommen (Brutto)	
Gesetzlich versichert bei			
GELDINSTITUT FÜR DEN BEITRAGSEINZUG			
IBAN			
BIC		INSTITUT	
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich	

### Leistungen Krankentagegeld pro Tag

- 100 % des vereinbarten Krankentagegeldes bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der gesamten Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage
- die Erstattung erfolgt ab dem 43.Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit
- 100 % des versicherten Krankentagegeldes auch bei Teilarbeitsunfähigkeit (Wiedereingliederung)
- Zahlung auch bei stationärer Rehabilitation nach unserer vorherigen Zusage
- Europaweites Krankentagegeld für die Dauer einer stationären Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder einer akut eingetretenen Erkrankung

Die detaillierte und vollständige Leistungsbeschreibung zu dem oder den genannten Tarifen entnehmen Sie bitte den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Diese allein sind vertragsmaßgeblich.

Versicherte Leistung	Pro Tag in Höhe von	Beitrag
Krankentagegeld ab dem 43. Tag für GKV-versicherte Arbeitnehmer	EUR	EUR
<b>Gesamtbeitrag</b>		EUR



**WICHTIGE AUSSAGEN, DIE ZUR BEARBEITUNG BESTÄTIGT WERDEN MÜSSEN**

Bitte kreuzen Sie die jeweilige Aussage aktiv an, wenn Sie diese gelesen und verstanden haben und diese Aussagen auch zutreffen. Nur dann kann Versicherungsschutz zum nächstmöglichen Zeitpunkt beantragt werden.

**AUFNAHME- UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT**

Die zu versichernde Person **bezieht als Arbeitnehmer regelmäßig Einkommen** aus einem **festen Arbeitsverhältnis**, ist **lohn- oder einkommensteuerpflichtig**, hat Anspruch auf Leistungen der deutschen **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** und hat bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall **Anspruch auf Lohn- oder Gehaltsfortzahlung für sechs Wochen**.

Die zu versichernde Person bestätigt, dass der Tagessatz für die beantragte Krankentagegeldversicherung zusammen mit anderen beantragten oder bestehenden Versicherungen auf Krankengeld, Krankentagegeld das Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit sowie die zu zahlenden Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und Pflegepflichtversicherung nicht übersteigt.

**ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND**

Mir ist bewusst, dass **für mir bekannte Erkrankungen oder Unfallfolgen**, wegen derer ich in den **letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes** ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde **oder in den letzten 3 Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes** mehr als 21 Tage insgesamt arbeitsunfähig war, **kein Leistungsanspruch** aus Tarif 380 besteht.

Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

**ANGABEN ZUR DATENSCHUTZSGRUNDVERORDNUNG (DSVGO) UND ZUR ÜBERMITTLUNG VON DATEN-**

Meine persönlichen Daten aus diesem Dokument dürfen gespeichert werden und an den Versicherer (auch) **online** übermittelt werden. Die Datenschutzerklärung der RAUCH VERSICHERUNGSLÖSUNGEN GmbH habe ich in Textform erhalten.

**BEANTRAGUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES OHNE WEITERE BERATUNG**

**Ich beantrage den angebotenen Versicherungsschutz ohne weitere Beratung und beauftrage die RAUCH VERSICHERUNGSLÖSUNGEN GmbH mit der Beschaffung des Versicherungsschutzes und Betreuung des Vertrages.**

Mir ist bewusst, dass mir durch den Beratungsverzicht ein Nachteil entstehen kann. Risikoträger ist die Münchener Verein Krankenversicherung aG. Tarif: 380 (Stand: 04/2020) Die Versicherungsbedingungen habe ich in Textform erhalten. Ich bevollmächtige die RAUCH VERSICHERUNGSLÖSUNGEN GmbH zur Entgegennahme aller gesetzlich vorgeschriebenen Dokumente und Unterlagen.

**Optional bieten selbstverständlich eine ausführliche Beratung an und berechnen auf Wunsch auch ein individuelles Angebot. Voraussetzung dafür ist, dass Gesundheitsfragen beantwortet werden. Für diesen Fall kreuzen Sie hier bitte nichts an.**

Das nachfolgende Unterschriftsfeld dient Ihnen zur Dokumentation. Es stellt dadurch jedoch keinen Antrag dar und ersetzt nicht den Online-Antragsprozess. **Versicherungsschutz besteht erst nach Annahme durch den Versicherer.**

Ort, Datum Unterschrift  
Versicherungsnehmer(in)

