

**Bitte in Blockschrift ausfüllen**

- Garantie** Hiermit garantieren wir Ihnen für Ihr neugeborenes Kind Versicherungsschutz ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung.
- Die Anmeldung zur Versicherung muss spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt erfolgen.
  - Der Versicherungsbeginn ist der Geburtstag.
  - Ein Elternteil muss am Tage der Geburt mindestens seit drei Monaten bei uns krankenversichert sein.
  - Der Versicherungsschutz Ihres Kindes darf nicht umfassender sein als der des höherversicherten Elternteils.
  - Es darf aber für Ihr Kind ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherten Elternteile.

				<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> AF					
NL/VD	BD	AB	Verm. Nr.	Org.KZ	Motiv	GSG	ZUW	Versicherungsnummer	SV-VK-Nr.

**Versicherungsnehmer/-in**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Versicherungsumfang des Elternteils**

Tarife \_\_\_\_\_

**Für Eltern im öffentlichen Dienst (Beamte/Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigte Angehörigen.**

Es gilt die Beihilfeverordnung  des Bundes  des Landes \_\_\_\_\_

Für \_\_\_\_\_ Personen besteht Anspruch auf Beihilfe (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen), davon \_\_\_\_\_ (Anzahl) Kinder.

Für die nachfolgende/-n Person/-en ändert der Beihilfebemessungssatz zum \_\_\_\_\_ auf  50%  70%  \_\_\_\_\_ % (für Bremen, Hessen).

Daher beantrage ich die Anpassung der tariflichen Erstattungssätze für:

Name _____	Vorname _____
Name _____	Vorname _____
Name _____	Vorname _____

**Angaben zum Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Gewünschter Versicherungsumfang	Tarife	Monatsbeitrag in EUR	Tarife	Monatsbeitrag in EUR
<b>Gesamtmonatsbeitrag</b>				

Angebot gültig bis \_\_\_\_\_  
(maßgebend ist der Tag des Eingangs beim Versicherer)

**Widerrufsrecht**  Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht informiert worden – siehe Rückseite

**Ausgehändigte Unterlagen**  Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten.  
(Nur notwendig, wenn Tarife ungleich der Tarife eines Elternteils)

**Zustimmung zur Datenübermittlung und zur Steueridentifikationsnummer für Ihr Kind**

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der AXA Krankenversicherung den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Antragsteller/Versicherungsnehmer  ja  nein

Steuer-ID-Nr. (11-stellig) **des Kindes** \_\_\_\_\_

Trotz Aufforderung wird die Steuer-ID-Nr. nicht angegeben und soll von der AXA Krankenversicherung ermittelt werden.

**Unterschrift**

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/ggf. gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_



**Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren**

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Telefax: 0221 - 148 41914, E-Mail: info@dbv.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

