

DKV AG · 50594 Köln

DMS 06047

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

Versicherungsnummer:

**KV**

Ihr Ansprechpartner:

Unser Zeichen:

Telefon:

Telefax:

Ihre Nachricht vom / Ihr Zeichen:

Datum:

**Übernahmeerklärung**

Die folgende(n) Versicherung(en) übernehme ich ab dem \_\_\_\_\_ als Versicherungsnehmer\*.

\*Gruppenversicherung = Versicherter

| Versicherte Person | Geburtsdatum | Tarife |
|--------------------|--------------|--------|
|                    |              |        |
|                    |              |        |
|                    |              |        |

☐ Die Versicherungen sollen an meinen DKV-Vertrag mit der Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ angeschlossen werden.**Angabe zur Person**

|                                                                                                                                                                       |                    |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau<br><input type="checkbox"/> Herr                                                                                                        | Vorname und Zuname | Geburtsdatum                                                                                                                                                      |
| Straße und Hausnummer                                                                                                                                                 |                    | PLZ und Wohnort                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden, rechtskräftig seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet |                    |                                                                                                                                                                   |
| Titel                                                                                                                                                                 |                    | zurzeit ausgeübter Beruf                                                                                                                                          |
| Beihilfeberechtigt als: (z.B. Beamter)                                                                                                                                |                    | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger<br><input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillig vers. |
| Telefon (privat)                                                                                                                                                      |                    | Telefon (geschäftlich)                                                                                                                                            |
| Mobiltelefon                                                                                                                                                          |                    | E-Mail                                                                                                                                                            |

### Beitragsvergünstigung in der Pflegepflichtversicherung (Ehegattenbeitragskappung)

Bei Ehepaaren und eingetragenen Lebenspartnerschaften besteht die Möglichkeit, den Beitrag auf 150 % des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung zu begrenzen. Dieser Beitragsvorteil kommt Ehe- und Lebenspartnern zugute, die beide in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind. Mindestens ein Partner darf im Jahr 2022 ein regelmäßiges Gesamteinkommen von monatlich 470,00 Euro (2021: 470,00 Euro) nicht überschreiten. Bei geringfügiger Beschäftigung liegt die Grenze bei 520,00 Euro monatlich. Die Beitragsvergünstigung entfällt, wenn die Einkommensgrenzen überschritten werden. Sie entfällt auch, wenn eine Scheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft vorliegt.

Sind die Voraussetzungen für eine Ehegattenbeitragskappung noch gegeben?

☐

ja

☐

nein

### Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post:

Deutsche Krankenversicherung AG, 50594 Köln.

Bei einem Widerspruch per Fax ist der Widerspruch an folgende Faxnummer zu richten: 01805/786000 (14 ct/Min. aus dt. Festnetz, max. 42 ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com).

Oder Sie rufen uns an unter 0800/37 46 444 (gebührenfreie Rufnummer)\*.

\*oder aus dem Ausland +49/221/578-94005. Die Kosten richten sich nach dem Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters.

### 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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift(en) der mitversicherten Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

## SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

### Zahlungsempfänger

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln

### Gläubiger-ID

DE95ZZZ00000012130

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuzahlen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

### Kontoinhaber

☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

Anrede Vorname

☐ ja ☐ nein

Name, Firma

Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse (optionale Angabe)

DMS 06032

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC

Name des Kreditinstituts

Der Gesamtbeitrag soll ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich abgebucht werden.

Das angegebene Konto soll zum ☐ 1 ☐ 8 ☐ 16 ☐ 24 des Fälligkeitsmonats belastet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers