

# ANTRAG AUSFÜLLEN LEICHT GEMACHT – WIR UNTERSTÜTZEN SIE VON A BIS Z.

**#MachenWirGern**

Alle wichtigen Informationen für die Beantragung einer Krankenversicherung



**Barmenia**  
EINFACH. MENSCHLICH.

In Kooperation mit:

 **die Bayerische**  
Versichert nach dem Reinheitsgebot

Liebe Vertriebspartnerin, lieber Vertriebspartner,

ein KV-Antrag ist kein Kinderspiel. Aber auch kein Hexenwerk. Deshalb erhalten Sie mit dieser Broschüre alle wichtigen Informationen, die rund um die Beantragung einer Krankenversicherung wichtig sind. Hier finden Sie alles Nötige von A wie Antrag bis Z wie Zusatzklärung.

# Inhalt

Welche Berufsgruppen sind (wie) versicherbar?	3
Welche Erkrankungen können nicht versichert werden?	6
Wann sind zusätzliche Informationen notwendig?	8
Sonstige Hinweise	10

# Ihre persönlichen Ansprechpartner

## Rund um die Antragstellung:

- > Beate Faulenbach  
0202 438 3104  
beate.faulenbach@barmenia.de
- > Ina Gogarn  
0202 438 2395  
ina.gogarn@barmenia.de
- > Martina Kowalewski  
0202 438 2347  
martina.kowalewski@barmenia.de

## Rund um den Vertragsverlauf:

- > Jörg Honisch  
0202 438 3121  
joerg.honisch@barmenia.de
- > Britta Tonn  
0202 438 2643  
britta.tonn@barmenia.de
- > Gabriele Wenningmann  
0202 438 2346  
gabriele.wenningmann@barmenia.de

## Die Risiko-Voranfrage

Sie sind nicht sicher, ob und unter welchen Bedingungen Ihr Kunde versichert werden kann? Dann rufen Sie an. Vertriebsunterstützung bis zur Antragsstellung. Der Barmenia-Vertriebsservice hilft Ihnen in vielen Fragen rund um die Krankenversicherung weiter. Verlässlich, schnell und freundlich. Sie brauchen z. B. Hilfe bei der Angebotserstellung? Dann rufen Sie einfach einen der hier genannten Ansprechpartner an oder schicken Sie eine E-Mail.

Anträge bitte an folgende E-Mail-Adresse versenden:  
**vertragservice-bk@barmenia.de**



# Welche Berufsgruppen sind (wie) versicherbar?

## Versicherbare Personengruppen

Handwerksmeister, Groß- und Einzelhändler, Rechtsanwälte, Steuerberater (Meisterbetrieb, Ladengeschäft, Praxis)							
	Karenzzeit in Tagen	3	7	14	21	28	42-364
Selbstständige	max. KT in EUR	50	100	150	150	200	400
Angestellte	max. KT in EUR						400

Ärzte / Zahnärzte / Tierärzte (im Tarif TM+)							
	Karenzzeit in Tagen	3	7	14	21	28	42-364
eigene Praxis	max. KT in EUR	100	250	300	550	600	800
ohne eigene Praxis	max. KT in EUR	0	0	100	200	300	300
Angestellte	max. KT in EUR						800

Alle anderen versicherbaren Berufsgruppen							
	Karenzzeit in Tagen	3	7	14	21	28	42-364
Selbstständige	max. KT in EUR	0	0	150	150	200	400
Angestellte	max. KT in EUR						400

Die jeweiligen Höchstgrenzen gelten einschließlich anderweitiger Ansprüche (Krankentagegeld bei anderen PKV Unternehmen). Die angegebenen Werte schließen die niedrigeren Karenzzeiten ein.



## Bedingt versicherbare Personengruppen

### Besondere Berufsgruppen

- > Bauhandwerker im Bauhaupt- (z. B. Beton-/Stahlbauer, Maurer, Putzer, Dachdecker), Bauneben- (Tischler, Sanitärinstallateure, Fußbodenleger) und Bauhilfsgewerbe (z. B. Gerüstbauer, Baggerfahrer, Kranführer)
- > Friseure und Kosmetiker
- > Gastwirte, Hoteliers und Köche
- > Gebäudereiniger
- > Hausmeister/Hauswarte
- > Imbiss-/Kioskbesitzer
- > Messebauer und Event- Manager
- > Sicherheitsdienstleister (Objekt- und Personenschützer)
- > Taxi-/Fuhrunternehmer

### Voraussetzungen für die Versicherbarkeit:

- > Gewerbe wird seit mindestens einem Jahr betrieben **oder**
- > mindestens ein sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter ist beschäftigt.
- > Bedarfsgerechte Krankentagegeldversicherung
- > Keine negativen Bonitäts- auskünfte

Zur Antragsprüfung ist der Berufsfragebogen und die Gewerbeanmeldung obligatorisch (diebayerische@barmeria.de)

Gewerbe							
	Karenzeit in Tagen	3	7	14	21	28	42-364
Selbstständige	max. KT in EUR	0	0	150	150	200	400

## Nicht versicherbare Personengruppen

Folgende Berufs- und Personenkreise sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung und Krankentagegeldversicherung nicht versicherbar (\*Ergänzungsversicherung möglich):

- > Angehörige ausländischer Botschaften
- > Arbeitslose\*
- > Artisten
- > Ausbeiner
- > Aushilfskräfte\*
- > Bardamen
- > Berufssportler
- > Binnenschiffer
- > Croupiers\* (Mitarbeiter von Spielbanken)
- > Fahrradkuriere
- > Feuerwerker (Ausnahme: Sprengmeister)
- > Fingernageldesigner\*
- > Fotomodelle
- > Haushaltshilfen\*
- > Holzfäller
- > Models
- > Promoter\*
- > Prostituierte
- > Rennfahrer
- > Reisegewerbetreibende\* (auch ambulantes Gewerbe, z. B. Haustürvertreter, Marktstandverkäufer mit Reisegewerbekarte)
- > Schausteller (z. B. Artisten, Wahrsager)
- > Seeleute (Ausnahmen: Studenten von Seefahrtsschulen und Nautiker)
- > Skilehrer
- > Stewards/Stewardesses\*
- > Stuntmen/Stuntwomen
- > Tätowierer, Piercer
- > Tagesmütter\*
- > Taucher
- > Kurierdienstleister\*, die selbst auch Fahrten durchführen
- > Verlader\*/Verpacker\*
- > Zeitungsausträger\*

Das Nettoeinkommen, das durch eine regelmäßig ausgeübte berufliche Tätigkeit erzielt wird und bei Arbeitsunfähigkeit entfällt (Karenzzeit maximal 42 Tage).





# Welche Erkrankungen können nicht versichert werden?

## A

Aids  
Alkoholismus  
Alzheimer Krankheit  
Aneurysma (Gefäßkrankung)  
Anfallsleiden  
Angstzustände /-neurose  
Arteriosklerose  
Arthritis, chron.

## B

Bauchspeicheldrüsenerkrankung\*  
Bechterewsche Krankheit  
Blindheit (beiderseits)  
Bluterkrankungen  
BMI > 34,9  
Bulimie (Ess-Brech-Sucht)  
Bypass-Operation

## C

Cerebralsklerose/cerebrale Anfälle

## D

Darmentzündung, chronisch  
Demenz  
Depression  
Diabetes („Zucker“), insulinpflichtig  
Down-Syndrom (Mongolismus)  
Drogenabhängigkeit

## E

Epilepsie

## F

Fettleber



## G

Gangrän („Brand“)  
Gefäßsklerose  
Gehirnentzündung  
Geschlechtskrankheiten

## H

HIV-Infektion  
Hämophilie  
Hemiparese (Halbseitenlähmung)  
Herzinfarkt  
Herzklappenfehler  
Herzschrittmacherimplantat  
Hirntumore  
Hysterie  
Hyperlipoproteinämie A

## I

Immunabwehrschwäche

## J

Jugenddiabetes

## K

Kinderlähmung Krampfanfall  
Krebs (alle Formen)\*

## L

Lähmung  
Leberleiden/Leberschaden L  
eukämie (Blutkrebs)  
Lungenfibrose  
Lymphom, malignes

## M

Magersucht  
Makuladegeneration (Auge)  
Manie  
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit  
Mitralklappenfehler/-stenose  
Mongolismus  
Morbus Bechterew (chron. WS-Erkrankung)  
Mukoviszidose (erbl. Stoffwechselstörung)  
Multiple Sklerose (MS)  
Muskelschwund (-dystrophie)

## N

Nekrose (Absterben von Organen)  
Nephritis, chronisch (Nierenentzündung)  
Neurose (Verhaltensstörung),

## O

Oesophagus – Varizen  
Organtransplantate Osteomyelitis (Knochenmarksentzündung)

## P

Paranoia  
Parkinsonsche Krankheit  
Persönlichkeitsstörung  
Phobie (Angstreaktion)  
Primär chronische Polyarthrit, (PCP)  
Psychomotorische Anfälle  
Psychose

## Q

Querschnittslähmung

## R

Reinfarkt Rückenmarksentzündung/-lähmung

## S

Sarkoidose II und III (Lungenerkrankung)\*  
Schizophrenie  
Schlafapnoe  
Schlafkrankheit  
Schlaganfall  
Schrumpfleber/-niere  
Sucht (alle Formen)  
Syphilis (Geschlechtskrankheit)

## T

Trisomie (Chromosomen-Anomalie)  
Tuberkulose (TBC)\*

## V

Versagenszustand  
Verschlusskrankheit (Gefäße)  
Verwirrheitszustand

## W

Wasserkopf


## Z

Zahnlücken (mehr als 3 fehlende Zähne)  
ZNS – Erkrankung Zwangsneurose  
Zystennieren  
Zystenleber  
Zystische Fibrose (erbl. Stoffwechselstörung)

\* Bei Behandlung innerhalb der letzten drei Jahre ist keine Annahme möglich! Danach Einzelentscheidung durch die Abt. Vertrag BK (eventuell ist eine Annahme mit einem Risikozuschlag möglich, bitte Zusatzerklärung beifügen!)



# Wann sind zusätzliche Informationen notwendig?

		Hauptverwaltung Barmenia-Allee 1 42119 Wuppertal		Barmenia Krankenversicherung AG	
<b>ZUSATZERKLÄRUNGEN ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG</b>					
Antrag vom:		Anschrift:			
Name/Vorname des Antragstellers:		Person:			
<b>1. ALLERGISCHE ERKRANKUNGEN/ASTHMA*</b> <small>* Bei Hautbeschwerden bitte auch den Punkt 5 (Hauterkrankungen) dieser Zusatzerklärung ausfüllen.</small>					
1. Wie wurde die Allergie ärztlicherseits bezeichnet?		5. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?			
2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen? <input type="checkbox"/> Augentränen, Nasenlaufen <input type="checkbox"/> Asthmatische Beschwerden <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden (s. Punkt 5) <input type="checkbox"/>		6. Wie wurde behandelt?			
- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?		7. Ist eine Hyposensibilisierung vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
3. Bei asthmatischen Beschwerden Wird werden (ein) Dosisaerosol(e) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein verwendet? Wann ja, wie häufig? <input type="checkbox"/> regelmäßig (zur Anfallsvorbeugung) Anzahl pro Monat: _____ Anzahl pro Jahr: _____		Wenn ja, wie oft (wöchentlich, monatlich) und wie lange soll die Behandlung erfolgen?			
4. Folgende Stoffe/Substanzen rufen eine allergische Reaktion hervor:		Wie hoch sind die voraussichtlichen Behandlungskosten?			
<b>2. AUGENERKRANKUNGEN</b> 1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? 2. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt? 3. Wie wurde behandelt? 4. Bestehen jetzt noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> nein - Seit wann nicht mehr? <input type="checkbox"/> ja - Welche?		8. Welche Arzneimittel werden eingenommen? Wie oft im Jahr? Welche Dosierung? 9. Welche sonstigen Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich? 10. Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> 11. Welcher Arzt kann Auskunft geben?			
<b>3. FRAUENKRANKHEITEN</b> 1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet? 2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen? - Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt? 3. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt? 4. Wie wurde behandelt (z. B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?					
		5. Falls Brillen-/Kontaktlinsenträger: - Welche Stärken haben die Gläser/Linsen? - Wann hat sich die Sebstärke zuletzt geändert? 6. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich? 7. Welcher Arzt kann Auskunft geben? 8. In welchen Zeitabständen sind Kontrolluntersuchungen erforderlich? 9. Gab es Fehlgeburten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann? Ursache? 7. Liegt eine Sterilität/Infertilität vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich? 9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?			
K 3756 0919 DT					

Viele Erkrankungen treten in unterschiedlicher Ausprägung oder Schwere auf: Deshalb sind für die Prüfung des Risikos häufig weitergehende Informationen erforderlich.

Sie sparen sich Zeit und unnötige Wege, wenn Sie die entsprechenden Zusatzerklärungen schon bei Antragstellung mit Ihrem Kunden gemeinsam ausfüllen. Die dort gestellten Fragen sind konkret auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmt. Aussagefähige Antworten führen schneller zu einer risikogerechten Einschätzung.

## Selbstauskunft für (mit Beispielen):

### Allergische Erkrankungen/ Asthma

- > Heuschnupfen
- > Atemwegserkrankungen

### Augenerkrankungen

- > Glaukom
- > Starerkrankungen
- > Keratokonus

### Frauenkrankheiten

- > Endometriose
- > PCO-Syndrom (polyzystisches Ovarsyndrom)
- > Mastopathie (gutartige Veränderung der Brust)

### Gehörerkrankungen/ Schwerhörigkeit

- > Tinnitus



**Hauterkrankungen**

- > Neurodermitis
- > Psoriasis
- > Ekzem

**Herz-, Blutgefäß-, Kreislaufferkrankungen**

- > Bluthochdruck/Hypertonie
- > Hypotonie

**Kniegelenkerkrankung/-verletzung**

- > Kreuzband-/Meniskusris
- > Knorpelschäden

**Krampfadern, Venenerkrankung, Hämorrhoiden**

- > Varikosis
- > Besenreiser

**Magen-, Darm-, Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenerkrankungen**

- > Sodbrennen
- > Gastritis
- > Darmentzündung

**Migräne/Kopfschmerzen**

**Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen**

- > Einzelniere
- > Doppelnieren
- > Nierenbeckenentzündung

**Schilddrüsenkrankungen**

- > Struma
- > Hypothyreose (Unterfunktion)

**Verletzungen**

**Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen, Bandscheibenschaden**

**Sonstige Krankheiten, Arbeitsunfähigkeiten**

- > Wenn kein anderer Punkt passt

**Fehlende Zähne oder Kieferorthopädie:**

Befindet sich Ihr Kunde in laufender Behandlung oder ist Ersatz angeraten oder beabsichtigt? Umfang der geplanten Maßnahme bitte immer – am besten durch eine Kopie des Heil- und Kostenplanes und/oder Zahnstatus – konkretisieren

Fehlen Zähne und es ist kein Ersatz angeraten oder beabsichtigt, so gelten ggf. Leistungseinschränkungen:

Rechnungsbetrag maximal	Anzahl der fehlenden Zähne			
	1	2	3	4
1. Kalenderjahr	keine Einschränkung	250 EUR	125 EUR	Versicherungsmöglichkeit erst nach Ersatz der Zähne
2. Kalenderjahr		500 EUR	250 EUR	
3. Kalenderjahr		750 EUR	375 EUR	

Bitte lassen Sie eine erforderliche Leistungseinschränkung schon bei Antragstellung von Ihrem Kunden akzeptieren. Nutzen Sie dazu die unterschriebene „Zusatzklärung bei Tarifen mit Zahnleistungen (Zahnstaffel)“.

Alle hier genannten Erklärungen stehen Ihnen unter

**diebayerische.barmenia.de**  
 → Service → Dokumente

zum Download zur Verfügung.

# Sonstige Hinweise

## Ärztlicher Untersuchungsbericht:

- Bei allen Neuanträgen in der Krankheitskostenvollversicherung für Personen ab dem Eintrittsalter 55 ist ein ärztlicher Untersuchungsbericht (K3609) mit vorzulegen.
- Gleiches gilt für Personen (unabhängig vom Eintrittsalter), die unmittelbar vor Versicherungsbeginn länger als sechs Monate nicht in einer deutschen Krankenversicherung abgesichert waren (ausgenommen Ärzte).

## Weltgeltung in der Vollversicherung:

- Besteht Versicherungsschutz für das Einbettzimmer sowie die Pflegepflichtversicherung, besteht bedingungsgemäß weltweiter Versicherungsschutz.
- Ist keine Absicherung für das Einbettzimmer vereinbart, bietet die Barmenia mit dem Ergänzungsbaustein WSu weltweiten Versicherungsschutz für die Dauer des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

## Mitversicherung ab Geburt:

Die Vorteile der Mitversicherung ab Geburt:

- Keine Gesundheitsprüfung erforderlich, wenn das leibliche Kind innerhalb von 2 Monaten bei der Barmenia angemeldet wird.
- Der Versicherungsschutz kann dann genauso hoch und umfassend wie der des versicherten Elternteils vereinbart werden.

## diebayerische@barmenia.de

Hier finden Sie Informationen zur Barmenia, zu den Produkten, zum Service, Ihre Ansprechpartner, Formulare, Anträge, sämtliche Rechner und Hinweise auf aktuelle Aktionen. Auch Informationen zur technischen Vertriebsunterstützung erhalten Sie dort. Schauen Sie doch mal rein!

## Bei der Antragsaufnahme:

Bitte beachten Sie auch die Angaben zur Vorversicherung und sonstigen Versicherungen auszufüllen.

Seite 2 von 5 zum Antrag \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_  
(Name des Antragstellers) (Antragsdatum)

Sonstige Kranken-/Pflegeversicherungen und Ansprüche der zu versichernden Personen														
1. Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen gesetzlich oder privat kranken-/pflegeversichert?														
Pers.	von						bis		Vers.-Pflicht					
									nein	ja				
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja														
3. Wurde ein Krankenversicherungsvertrag vom Versicherer angefochten oder durch Rücktritt beendet oder wurde ein Antrag auf Krankenversicherung abgelehnt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="Person, Versicherer, Einzelheiten"/>														
4. Besteht Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe im Krankheitsfall?														
Für Heilfürs. Beihilfe im Krankheitsfall				Für Heilfürs. Beihilfe im Krankheitsfall				Für Heilfürs. Beihilfe im Krankheitsfall						
Pers.	nein	ja	Bund/Land	%	Pers.	nein	ja	Bund/Land	%	Pers.	nein	ja	Bund/Land	%
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Nach der Risikovorabanfrage:

Bitte nehmen Sie direkt bei Antragsstellung vorgegebene Zuschläge und/oder Ausschlüsse mit auf und lassen Sie diese vom Kunden abzeichnen.



**Wir sind für Sie da:**

Für weitere Informationen oder Fragen stehen Ihnen die Experten der Barmenia gerne zur Seite.

Barmenia Krankenversicherung a. G.  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

Sie erreichen uns  
montags bis freitags in der Zeit  
von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr.

Bei Fragen zum Antrag:  
0202 438 3950

Bei Fragen zum Vertrag:  
0202 438 3960

[vertragsservice-bk@barmenia.de](mailto:vertragsservice-bk@barmenia.de)  
[diebayerische@barmenia.de](mailto:diebayerische@barmenia.de)

**Barmenia**  
EINFACH. MENSCHLICH.