



## **Antrag auf Einzelfallabsicherung im Krankheitsfall (Nebenabrede)**

Die Leistungen der Deutsche Heilfürsorge umfassen auch die Bereiche  
Pflege und Unfall

Vertragsnummer:

ID-Nr.:

Rufname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Wunschmonat des Inkrafttretens:

**Version: 181015**

### **Für Selbständige / Freiberufler / Beihilfeberechtigte**

## 1. Angaben zum Antragsteller

(Betreffendes bitte ankreuzen)

Vorname(n) und Familienname		Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Titel	zurzeit ausgeübte Tätigkeit	Nationalität	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail	ggf. Homepage		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> _____				

## 2. Sonstige Angaben und Fragen

**Bestand/besteht ein gesetzlicher/privater Krankenversicherungsschutz oder wurde einer beantragt?**

Name Versicherer/Kasse:		besteht seit/ab:		Beitrag/Monat:	Selbstbeteiligung/Jahr:
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Versicherungs-/Absicherungsart:	mit allgem. Krankenhausesleistungen?:	Kranken(tage)geldanspruch?:	Kranken(tage)geldhöhe:	Beginn der Kranken(tage)geldleistung bei Arbeitsunfähigkeit:	
<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="text"/> €	ab dem <input type="text"/> . Tag	

**Bestand/besteht ein gesetzlicher/privater Pflegeversicherungsschutz oder wurde einer beantragt?**

Name Versicherer/Pflegekasse:	besteht seit / ab:	Beitrag/Monat:	Versicherungsart:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat

## 3. Individuelle Leistungen der Deutschen Heilfürsorge und Pflege

Leistungen des Königreiches Deutschland (im Sinne der Mindestanforderungen des SGB V) sind grau markiert. Wahlleistungen sind anzukreuzen. Individuell gewünschte Leistungen sind handschriftlich in die leeren Felder zu schreiben. Um die Betragshöhe zu reduzieren, welche der Antragsteller im Ausgleich für den Einzelfall für die bereitgestellten Leistungen des Antragnehmers zu erbringen hat, können für die Mindestanforderungen individuelle Selbstbeteiligungen in E-Mark (EM) und EUR, und für die Wahlleistungen sowie die individuell gewünschten Leistungen prozentuale Selbstbeteiligungen vereinbart werden (Deckungshöhe in %). Folgende Leistungen werden vereinbart:

### SB<sup>1)</sup> Mindestanforderungen im Sinne des SGB V

1	<input type="checkbox"/>	Stationäre Leistungen, allgemeine Unfall- und Notfallversorgung, Krankentransport, Mehrbettzimmer, Belegarzt
	<input type="checkbox"/>	Stationäre Psychotherapie <sup>2)</sup>
2	<input type="checkbox"/>	Ambulante ärztliche Leistungen, auch Fachärzte, bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ
	<input type="checkbox"/>	Ambulante Psychotherapie, max. 20 Sitzungen pro Kalenderjahr
3	<input type="checkbox"/>	Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel <sup>3)</sup>
1/2	<input type="checkbox"/>	Medizinische Rehabilitation zur Beseitigung oder Linderung wegen Unfall- oder Krankheitsfolgen <sup>3)</sup>
4	<input type="checkbox"/>	Zahnbehandlung bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ wegen Krankheit oder Unfallfolge
	<input type="checkbox"/>	Zahnersatzleistungen (Kronen, Inlays, Brücken) bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ wegen Krankheit oder Unfallfolge <sup>4)</sup>
	<input type="checkbox"/>	Kieferorthopädie (bis zum 18. Lebensjahr) bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ wegen Krankheit oder Unfallfolge

<b>Selbstbeteiligung für Mindestanforderungen im Sinne des SGB V</b>	
<input type="checkbox"/>	Maximale Selbstbeteiligung von 5.000 EM/EUR pro Kalenderjahr für alle Bereiche (1-4) <sup>1) 5)</sup>
<input type="checkbox"/>	Generelle Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für alle Bereiche (1-4)
<input type="checkbox"/>	<i>oder</i> Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für Teilbereich 2-4 pro Kalenderjahr (Schicksalsschlag-Variante) <sup>5)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für Teilbereich 1 pro Kalenderjahr <sup>5)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für Teilbereich 2 pro Kalenderjahr <sup>5)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für Teilbereich 3 pro Kalenderjahr <sup>5)</sup>
<input type="checkbox"/>	Selbstbeteiligung <input type="text"/> EM/EUR für Teilbereich 4 pro Kalenderjahr <sup>5)</sup>

!	1) Die Ziffern definieren die verschiedenen Teilbereiche, für welche individuelle Selbstbehalte in E-Mark/EUR vereinbart werden können.
	2) Nur mit Genehmigung durch die Deutsche Heilfürsorge und nach Ausschöpfung einer Selbstbeteiligung von 5.000 EM/EUR pro Kalenderjahr.
	3) 80 % Übernahme, außer bei genereller, kalenderjährlicher Selbstbeteiligung von 5.000 EM/EUR. Je nachdem ob die Medizinische Reha ambulant oder stationär durchgeführt wird, kommt die entsprechende Selbstbeteiligung zum Zug, sofern vereinbart.
	4) 60 % Übernahme von Kieferorthopädie und Zahnersatz, außer bei genereller, kalenderjährlicher Selbstbeteiligung von 5.000 EM/EUR. Für den Zahnersatz werden 60% und maximal bis zu 300,-EM/EUR je Zahn und Kalenderjahr erstattet.
	5) Sie können wählen, welche Selbstbeteiligung Sie wünschen. Die Selbstbeteiligung für die Teilbereiche 1-4 darf zusammengekommen maximal 5.000 EM/EUR betragen.

### **Basisleistung des Gesundheitswesens des Staatsvereins Königreich Deutschland**

<input type="checkbox"/>	Stationäre & ambulante Heilbegleitung in Gesundheitshäusern des KRD, sofern medizinisch notwendig ) <sup>6)</sup>
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Wahlleistungen & weitere, handschriftlich einzutragende Wunschleistungen**

**Deckung  
in %<sup>7)</sup>**

<input type="checkbox"/>	Heilpraktikerbehandlung <sup>8)</sup>	
<input type="checkbox"/>	Geistheiler, vom KRD geprüft und lizenziert	
<input type="checkbox"/>	Andere alternative Heilmethoden mit vorheriger Genehmigung durch die Deutsche Heilfürsorge	
<input type="checkbox"/>	Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (vergleichbar Krankentagegeld) <sup>9)</sup>	
<input type="checkbox"/>	Leistungen bei Krankenhausaufenthalt (vergleichbar Krankenhaustagegeld) <sup>9)</sup>	
<input type="checkbox"/>	Häusliche Pflege wegen Krankheit oder Unfallfolge	
<input type="checkbox"/>	Pflegeleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolge (im Sinne des SGB XI)	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

### **Anmerkungen / Erläuterungen zu individuellen Vereinbarungen**

!	6) Das Angebotsspektrum wird laufend ausgebaut und kann örtlich und zeitlich variieren. Was medizinisch notwendig ist, wird in jedem Fall durch das begleitende Gesundheitshaus – sofern dieses angeboten werden kann – in Absprache mit der Deutschen Heilfürsorge festgelegt. Bildungsveranstaltungen des Gesundheitshauses/der Königlichen Akademie können in Ausnahmefällen durch die Deutsche Heilfürsorge als medizinisch notwendig gewertet werden.
	7) Hier kann die Kostenaufteilung in % zwischen Antragsteller und Antragnehmer eingetragen werden. Die Deutsche Heilfürsorge deckt Leistungen bis zu dem eingetragenen Prozentsatz ab. Der nicht gedeckte Teil ist die Selbstbeteiligung des Antragstellers. Höchstsätze unter 4) beachten.
	8) Erstattet werden die im aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gelisteten Maßnahmen bis zu den maximalen Beträgen.
	9) Höhe und Beginn der Leistungen werden gesondert festgelegt.

## 4. Fragen zur Gesundheit

**Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der Platz nicht, antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe Ihres Vor- und Familiennamens und weisen Sie in diesem Antrag darauf hin. Falls Sie Ihrem Berater gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber dem KRD innerhalb von einer Woche schriftlich nachzuholen. Weisen Sie in diesem Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Sie sind verpflichtet, alle Inanspruchnahmen von Ärzten oder anderen Heilkundigen, die bis zur Schließung des Vertrags erforderlich sind, und alle Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend schriftlich mitzuteilen.**

Fragen zu Krankheitsverlauf und Behandlungen		Ja	Nein
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Pflegebedürftigkeit, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen (auch unerfüllter Kinderwunsch) - die nicht untersucht/behandelt wurden - oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) und/oder Heilmittel (KG, Massage) angewendet oder tragen/benutzen Sie Hilfsmittel (Hörgerät, Bandage, Rollstuhl, Gehhilfe, ...)? → Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bestand oder besteht eine Fehlsichtigkeit? → Wenn ja, welche Dioptrinstärke? links: rechts: (oder Brillenwerte: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bestand oder besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, ein Grad der Behinderung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine andere Art körperlicher/geistiger Einschränkung? Grad der Behinderung: % → Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Besteht eine Schwangerschaft? → Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Körpergröße in cm: Körpergewicht in kg:		

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-10, wenn mit "ja" beantwortet:				
Nr.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt)	Beschwerden / Behandlungen	Familiennamen und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

--	--	--	--	--

Fragen 12 - 15 nur beantworten, wenn zahnärztliche Leistungen gewählt werden		Ja	Nein
<b>12</b>	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden? → Wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Finden zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Korrektur statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? → Wenn ja, ist ein aktueller Heil- und Kostenplan erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? → Wenn ja, Anzahl: Bei mehr als 3 fehlenden und nicht ersetzten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Sind fehlende Zähne durch Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays, Implantate, Zahnprothesen) versorgt, die älter als 10 Jahre sind? → Wenn ja; Anzahl: Bei mehr als drei versorgten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 12-15, wenn mit "ja" beantwortet:				
Nr.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt)	Beschwerden / Behandlungen	Familienname und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

Fragen zur Lebensführung		Ja	Nein
<b>16</b>	Bereiten Sie Ihr Leitungswasser z. B. mit einem Wasserfiltersystem auf und/oder beleben/verwirbeln Sie dieses? Falls ja, Aufbereitungsart bitte hier angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Trinken Sie regelmäßig Süßgetränke wie z. B. Coca-Cola, Sprite, Red Bull usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Ernähren Sie sich vegetarisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Ernähren Sie sich vegan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Führen Sie jährlich oder öfters ein Heil-/Reinigungsfasten oder andere Entgiftungsmaßnahmen durch? Falls ja, Art & Häufigkeit bitte hier angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Sind Sie Nichtraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23</b>	Sind Sie Gelegenheitsraucher? (3-5 Zigaretten in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b>	Sind Sie starker Raucher? (regelmäßiger bis täglicher Konsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25</b>	Nutzen Sie fluoridfreie Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26</b>	Nutzen Sie zuhause Funk- oder kabellose Technologie wie W-Lan, Bluetooth, Schnurlostelefone usw.? Falls ja, Geräte bitte hier angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27</b>	Schalten Sie Ihr Mobiltelefon als auch die in Frage 27 genannten Geräte über Nacht vollständig aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28</b>	Treiben Sie regelmäßig Sport? Falls ja, Art & Häufigkeit bitte hier angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29</b>	Führen Sie regelmäßig Entspannungsübungen und/oder Meditationen durch? Falls ja, Art & Häufigkeit bitte hier angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zusätzliche Ergänzungen/eigene Angaben zur Lebensführung

## 5. Bereitschaft zur Eigenverantwortlichkeit

Im folgenden möchten wir einen Eindruck Ihrer Einstellung zu Eigenverantwortlichkeit, Krankheit und Gesundheit sowie den von Ihnen bevorzugten Behandlungswegen gewinnen. Bitte kreuzen Sie dazu die Aussage an, die AM EHESTEN auf Sie zutrifft (maximal 1 Kreuz möglich):

1	<input type="checkbox"/>	Grundsätzlich befürworte ich naturheilkundliche und alternative Heilverfahren. Da aber nur die Wirksamkeit von schulmedizinischen Maßnahmen erwiesen ist, möchte ich mich erstrangig schulmedizinisch behandeln lassen. Erst wenn mir diese nicht weiterhilft, kann ich mir vorstellen alternative Heilmethoden in Anspruch zu nehmen.
2	<input type="checkbox"/>	Nach dem Motto: „doppelt hält besser“, werde ich wo immer möglich, schulmedizinische und naturheilkundliche Maßnahmen kombiniert einsetzen, um möglichst schnell beschwerdefrei zu werden.
3	<input type="checkbox"/>	Gesundheitliche Störungen möchte ich erstrangig naturheilkundlich oder mit anderen alternativen Heilmethoden behandeln lassen. Erst bei schwereren Erkrankungen wie z.B. Krebs oder Multipler Sklerose möchte ich mich zur Sicherheit noch zusätzlich schulmedizinisch behandeln lassen.
4	<input type="checkbox"/>	Ich weiß um die umfassenden Möglichkeiten einer Selbstbehandlung und möchte mich deshalb erstrangig unter An- und Begleitung selbst heilen. Ich nutze dazu nur Behandlungswege, welche ich vorab mit der Deutschen Heilfürsorge abgesprochen habe. Da in meinen Augen die schulmedizinische Behandlung chronischer oder komplexer Erkrankungen selten anhaltende Heilerfolge erzielt, werde ich schulmedizinisch höchstens Notfallmedizinische oder unfallchirurgische Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Um Ihren individuellen oder auch religiösen Bedürfnissen entsprechen zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Mehrfachauswahl möglich). Ihre Angaben werden Vertragsgegenstand.

<b>1. Welche Therapie wünschen Sie im Falle der Diagnostizierung einer Krebserkrankung?</b>	
<input type="checkbox"/>	Schulmedizinische Behandlung (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation oder vergleichbares)
<input type="checkbox"/>	Alternativmedizinische Behandlung (Heilpraktiker, Homöopathie, TCM, Osteopathie, Geistheilung oder Vergleichbares)
<input type="checkbox"/>	Heilbegleitung im Gesundheitshaus des Königreiches Deutschland
<input type="checkbox"/>	Therapie in einem alternativen Krebsbehandlungszentrum
<input type="checkbox"/>	Eigenbehandlung in Selbstverantwortung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<b>2. Welche Behandlung wünschen Sie im Falle der Diagnose eines bevorstehenden Organversagens mit angeratener Organtransplantation (was im Behandlungsfalle auch eine Bluttransfusion mit sich bringen würde)?</b>	
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation mit Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Organtransplantation ohne Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	Abwarten und Ernährungs- und Lebensweise umstellen
<input type="checkbox"/>	Abwarten und eventuell ein Sterben in Kauf nehmen
<input type="checkbox"/>	Heilbegleitung im Gesundheitshaus des Königreiches Deutschland
<input type="checkbox"/>	Geistheilung durch einen angeratenen Heiler
<input type="checkbox"/>	Therapie in Eigenbehandlung
<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	Behandlung in einem alternativen Behandlungszentrum, ohne die durch den Arzt angeratene Organtransplantation
<b>3. Welche Entbindungsart wünschen Sie im Falle einer Schwangerschaft?</b>	
<input type="checkbox"/>	normale Krankenhausentbindung
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	Entbindung mit einer Hebamme im eigenen Haus / in der eigenen Wohnung
<input type="checkbox"/>	Sonstige

## 6. Bankverbindung/en

Ihr Konto bei der Königlichen Reichsbank:

Kontonummer:

Weitere SEPA-fähige Bankverbindung:

Name des Finanzinstitut für Erstattungen:

IBAN-Nummer:

BIC:

Name des Kontoinhabers:

Meine Beiträge zahle ich jeweils im voraus:

☐ monatlich ☐ quartalsweise ☐ halbjährlich ☐ jährlich

## 7. Vertragsbeginn

Ab wann soll der Einzelfallvertrag in Kraft treten?

## 8. Über welche Quelle(n) haben Sie von uns erfahren?

☐ Internet ☐ Freunde/Bekannte ☐ Seminare/Vorträge ☐ Sonstige

Ort und Datum

Unterschrift(en) des Staatsangehörigen / Staatszugehörigen  
Mensch(en)/Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Antrag angenommen:

Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten des Staatsvereins KRD

**Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin****Einschränkungen der Leistungen**

Die Gewährung von Leistungen beginnt nicht vor dem vereinbarten Termin und frühestens durch Zustandekommen des Vertrages. (Alle bis zum Zustandekommen des Vertrags eintretenden gesundheitlichen Veränderungen sind unverzüglich nachzumelden).

Ambulante und stationäre Untersuchungen oder Behandlungen bei medizinischen Dienstleistern oder Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits beabsichtigt oder angeraten sind bzw. die vom Zeitpunkt der Antragstellung bis zum Zustandekommen des Vertrages oder bis zum Beginn der Gewährung von vertraglich vereinbarten Leistungen beabsichtigt oder angeraten werden, sind nicht Gegenstand des Einzelfallvertrages. Wir halten uns eine eingehende Prüfung vor.

Der Oberste Souverän des Staatsvereins Königreiches Deutschland gewährt einzelfallvertragliche Leistungen für den Fall von Krankheit und Unfallfolgen. Die Absicherung (Nebenabrede) ist abhängig von dem Vertragsschluß der Mitgliedschaft / Staatsan- und Staatszugehörigkeit / individueller Leistungsvertrag (Hauptvertrag) in der Vereinigung des Oberhauptes des Staatsvereins Königreich Deutschland. Der zu zahlende Betrag zur Deutschen Heilfürsorge ist ein individuell zu zahlender Beitrag zur Förderung der Ziele des Staatsvereins Königreich Deutschland. Der Zahlungsbetrag ist keine Gegenleistung für eine Risikoübernahme. Wir bieten individuell zu bescheidende Kostenübernahme. Es besteht Rechtsanspruch auf Leistungen. Ein Rechtsanspruch auf eine vollständige Erstattung besteht nicht bei Nötigung zur Impfung, Zwangsimpfung, begründetem Verdacht des Betruges durch oder mit Hilfe von Gesundheitsdienstleistern, fehlender Selbstverantwortungsübernahme des Abgesicherten im Sinne des §1 SGB V, bei unzumutbarer, unwirtschaftlicher oder nutzloser Behandlung.

Die Leistungen werden nur im Verwaltungsgebiet der Bundesrepublik Deutschland gewährt und nur für Krankheiten, die dort erworben wurden und Unfälle, die dort geschehen sind. Individuelle davon abweichende Einzelvereinbarungen sind möglich. Für eine Auslandsversicherung sorgt der Abgesicherte selbstständig.

Bei Behandlungen, **außer in akuten Notfällen**, die jährlich insgesamt ein Behandlungskostenvolumen von 1.000,- Euro überschreiten, ist eine vorherige Rücksprache mit dem Bevollmächtigten des Staatsvereins KRD erforderlich. Erstattungsfähig sind nur medizinische Maßnahmen, die medizinisch notwendig sind, wirtschaftlich und zweckmäßig erbracht werden und heilunterstützend wirksam sind.

Die Kosten für Krebsbehandlungen im Sinne der Schulmedizin sowie Organtransplantationen, stationäre Psychotherapie, Impfungen und deren Folgekosten werden nur nach vorheriger Rücksprache mit der Deutschen Heilfürsorge mit einem Selbstbehalt von jeweils 5.000,- EM/EUR je Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung zur Leistungsgewährung bei Krankenhausgeburten ist der Besuch des Seminars "Entwicklungsgesetze des Lebens".

Leistungen für Zahnarzt- und Zahnersatzbehandlungen sind beschränkt: bis Ende des 1. Jahres auf 1.000,- EM/EUR / bis Ende des 2. Jahres auf 2.000,- / bis Ende des 3. Jahres auf 3.000,- / bis Ende des 4. Jahres auf 4.000,- / bis Ende des 5. Jahres auf 5.000,- EM/EUR.

**Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrages**

Die Fragen in diesem Antrag sind nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch die für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann das KRD vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

**Einreichfrist**

Leistungen sind nur für Rechnungen möglich, die der Deutschen Heilfürsorge **innerhalb von 12 Monaten ab Behandlungsdatum** auf dem Postwege eingereicht wurden.

**Mindestvertragslaufzeit**

Die Mindestvertragslaufzeit beläuft sich auf 18 Monate.

**Anwendbares Recht**

Es gilt vorrangig deutsches Recht des Staatsvereins Königreich Deutschland.

**Aufsicht**

Etwaige Beschwerden des Antragstellers können schriftlich an den Staatsverein Königreich Deutschland, Postfach 100 111, 06871 Lutherstadt Wittenberg gerichtet werden.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Dem Antragsteller ist bekannt, daß der Staatsverein Königreich Deutschland, soweit hierzu ein Anlaß besteht, Angaben über den Gesundheitszustand bei dessen ehemaligen oder bestehenden Krankenversicherern und auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Absicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken des beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck sind Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die den Antragsteller in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht entbunden, und zwar über den Tod des Antragstellers hinaus. Sie sind ermächtigt, dem KRD die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen der Antragsteller bisher in Vertragsbeziehungen stand oder steht. Diese Ermächtigung erlischt **fünf Jahre** nach Antragstellung.

Dem Antragsteller ist ferner bekannt, daß der Gewährsgeber der Leistungen zur Beurteilung auch Angaben überprüft, die zur Begründung etwaiger Leistungen gemacht wurden oder die aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie vom Antragsteller veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ersichtlich sind. Auch zu diesem Zweck befreit der Antragsteller die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbindet der Antragsteller auch zur Prüfung von Leistungen im Falle seines Todes.

Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Absicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung wird auch für die mit zu unterstützenden Kinder des Antragstellers sowie die von ihm gesetzlich vertretenden Personen abgegeben, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

**Datenschutz**

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

**Genußrecht**

Wurden zwei Jahre lang keine Leistungen des KRD in Anspruch genommen, erhält der Antragsteller individuelle Genußrechte.

**Kündigung**

Es besteht eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.

**Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages undurchführbar sein oder nach Vertragsschluß undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, daß sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

**Statut**

**Der Antragsteller anerkennt durch seine Unterschrift das Statut der Deutschen Heilfürsorge vollumfänglich. Das Statut ist veröffentlicht unter: <http://deutsche-heilfuersorge.org> oder auch auf Anfrage erhältlich.**

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit. Wir bitten Sie, jegliche Änderungen dem KRD unverzüglich mitzuteilen.**

Ort und Datum

Unterschrift(en) des Staatsangehörigen / Staatsvereinszugehörigen  
Mensch(en)/Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzlich(r) Vertreter