

SAFE-KAPITAL
Flinsberger Str. 1

37308 Heilbad Heiligenstadt

Flinsberger Str. 1
37308 Heilbad Heiligenstadt
Tel.: 0 36 06 – 6 07 10 80
Fax.: 0 36 06 – 6 07 10 83
Email: info@safe-kapital.de

Bitte verwenden Sie dieses Blatt zum Versand des Antrages.

Danke

Alle Unterlagen werden nach Rücksendung in unserem Haus eingescannt und Ihnen per Email übermittelt.

<input type="checkbox"/> Neukunde <input type="checkbox"/> ERGO-Mitarbeiter	BD/Agt. 1 (Verm.-Kd-LM) Kunden-Nr.: 00554-0056 OKZ 01 Apella: 08804	AP1	BD/Agt. 2	AP2	Versicherungs-Nr. KV
Für Vermerke der Gesellschaft.	A	<input type="checkbox"/> X-Antrag <input type="checkbox"/> Z-Antrag	Zugangsweg <input type="checkbox"/> Werbehilfe	NGSt. <input type="checkbox"/>	Kunden-Nummer <input type="text"/>

A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname					
Straße und Hausnummer			PLZ	Wohnort	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	Telefon (privat)*		Telefon (geschäftl.)*
E-Mail*			<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		Telefax*
Titel		z. Zt. ausgeübter Beruf		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beihilfberechtigt

* Angaben freiwillig

B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1 (falls vom Antragsteller abweichend)

Vorname(n)/Zuname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	z. Zt. ausgeübter Beruf
-------------------	--------------	---	--------------	-------------------------

Person 2 (falls vom Antragsteller abweichend)

Vorname(n)/Zuname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	z. Zt. ausgeübter Beruf
-------------------	--------------	---	--------------	-------------------------

Beginn	Tarif(e)	<input type="checkbox"/> KPET	Tagegeldhöhe	<input type="checkbox"/> KPEK	zu zahlender Beitrag
Person 1	Tag: <input type="text"/> Monat: <input type="text"/> Jahr: 20	Person 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 2	Tag: <input type="text"/> Monat: <input type="text"/> Jahr: 20	Person 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesamt Monatsbeitrag Person 1 und 2

C. Sonstige Angaben
Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung? Person 1 nein ja Person 2 nein ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) eine sonstige private Pflegeergänzungsversicherung beantragt?

	Versicherer	von - bis	Tarif	ggf. Tagesgeld-Höhe
Person 1	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Seite 2): 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 der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Rechtsfolgenbelehrung: Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag), geschlossen hätten. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

- Bestehen ein körperlicher/organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.
- Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?
- Größe und Gewicht cm/kg

Person 1	Person 2
nein ja ▼ ▼	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"/>

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 und 2, wenn mit „ja“ beantwortet:

Pers.	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?)	Behandlungen/ Beschwerden von bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

F. Beitragszahlung und Schlusserklärungen

Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich abgerufen werden.

<input type="checkbox"/> wie bisher	Konto-Nr.	Bankleitzahl
	Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller)	Geldinstitut (Name und Ort)
	Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	<input type="checkbox"/> Bei Vertragsänderung: Neue Kontoverbindung gilt ab

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Erklärung zum Widerrufsrecht auf Seite 2 sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 3 ab. Dazu zählen:

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV, 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung, 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen, 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen, 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler, 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer) Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

Unterschrift des Vermittlers

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt
 – der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 – der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz
 – der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“

Datum Unterschrift des Antragstellers

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG

für die KombiMed Tarife KPET und KPEK

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 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 bis 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:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 18 05/786 000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der 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

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf der Seite 1.

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, Aachener Str. 300, 50933 Köln oder gerne per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 0 18 05/78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen) oder rufen Sie uns an unter 0 800/3 74 64 44 (gebührenfrei)*.

*oder aus dem Ausland +49/221/57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung *

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Versicherungsgruppe AG weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DKV unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

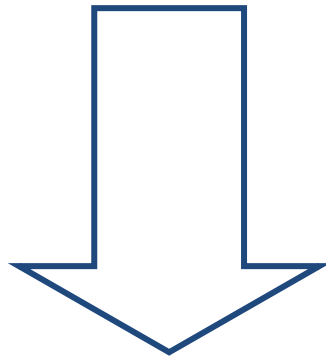
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

*Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Muster – Antrag



<input checked="" type="checkbox"/> Neukunde <input type="checkbox"/> ERGO-Mitarbeiter	BD/Agt. 1 (Verm.-Kd-LM)	AP1	BD/Agt. 2	AP2	Versicherungsschein an <input checked="" type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Vermittler Versicherungs-Nr. KV	DMS 01200
Kunden-Nr.:						
Für Vermerke der Gesellschaft.	A	%		X-Antrag	Zugangsweg	
		%		Z-Antrag	Werbehilfe	
OE-Nummer				NGSt.	Kunden-Nummer	

A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname Max. Muster					
Straße und Hausnummer Musterstr. 123				PLZ 1 2 3 4 5	Wohnort Musterhausen
Geburtsdatum 0 1 0 2 1 9 5 0	Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität Deutsch	Telefon (privat)* 123456789	Telefon (geschäftl.)*	
E-Mail*			<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	Telefax*	
Titel		z. Zt. ausgeübter Beruf Schlosser		<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beihilfberechtigt
					seit 2000

* Angaben freiwillig

B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1 (falls vom Antragsteller abweichend)	
Vorname(n)/Zuname Max. Muster	Geburtsdatum 0 1 0 2 5 0
Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität Deutsch
z. Zt. ausgeübter Beruf Schlosser	
Person 2 (falls vom Antragsteller abweichend)	
Vorname(n)/Zuname	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität
z. Zt. ausgeübter Beruf	

Beginn	Tarif(e)	<input checked="" type="checkbox"/> KPET	Tagegeldhöhe	<input type="checkbox"/> KPEK	zu zahlender Beitrag
Person 1 Tag 0 1 Monat 0 3 Jahr 2 0 1 3	Person 1		8 8 8 5		8 8 8 5
Person 2 Tag Monat Jahr 2 0	Person 2				0 0 0
Gesamt Monatsbeitrag Person 1 und 2					8 8 8 5

C. Sonstige Angaben

Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung? Person 1 nein ja Person 2 nein ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) eine sonstige private Pflegeergänzungsversicherung beantragt?

	Versicherer	von-bis	Tarif	ggf. Tagesgeld-Höhe
Person 1	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Person 2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

D. Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Seite 2): 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 der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen; bitte weisen Sie dann im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Rechtsfolgenbelehrung: Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag), geschlossen hätten. Bei einer von Ihnen zu vertretenen Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

- Bestehen ein körperlicher/organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.
- Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?
- Größe und Gewicht cm/kg

Person 1		Person 2	
nein	ja	nein	ja
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> %
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185 / 83			

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 und 2, wenn mit „ja“ beantwortet:

Pers.	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?)	Behandlungen/ Beschwerden von bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?

E. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

F. Beitragszahlung und Schlusserklärungen

Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich abgerufen werden.

Konto für Beitragsabruf und Leistungen des Versicherers <input type="checkbox"/> wie bisher	Konto-Nr. 123456789	Bankleitzahl 80080000
	Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller)	Geldinstitut (Name und Ort) Musterbank, Musterhausen
	Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	<input type="checkbox"/> Bei Vertragsänderung: Neue Kontoverbindung gilt ab

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Erklärung zum Widerrufsrecht auf Seite 2 sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 3 ab. Dazu zählen:

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV, 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung, 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen, 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen, 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler, 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Musterhausen 20.01.13	Max Muster	Max Muster
Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter
Unterschrift des Vermittlers		

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt
 – der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 – der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz
 – der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“

20.01.13	Max Muster
Datum	Unterschrift des Antragstellers