

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.

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für Tarife PET, PT3, PTO und PEK

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerrufsbelehrung

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 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), 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 Vorderseite.

Schweigepflichtentbindung

1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärungen für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Folgen der Schweigepflichtentbindung im Einzelfall

Die Entscheidung, eine Entbindung von der Schweigepflicht jeweils nur im Einzelfall nach Information durch den Versicherer abzugeben (2. Alternative, Vorderseite, unter E. Beitragszahlung und Schlusserklärungen), kann

- den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
- zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

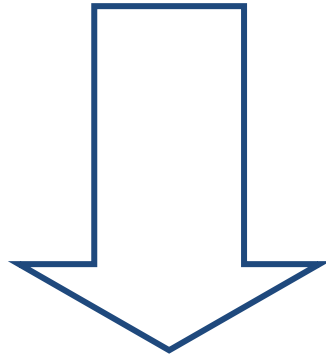
Ich willige ferner ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die ERGO Versicherungsgruppe AG als zentralem Dienstleister der ERGO-Gruppe erhoben, verarbeitet und genutzt werden, die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunft einholt.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Abgabe der Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Unterlagen gemäß Informationspflichtenverordnung überlassen wird.

Muster – Antrag



Neukunde ERGO-Mitarbeiter BD/Agt. 1 (Verm.-Kd-LM) AP1 BD/Agt. 2 (Verm.-Kd-LM)

Für Vermerke der Gesellschaft: **A** OE-Nummer % X-Antrag Zugangsweg NGSt. Kunden-Nummer
% Z-Antrag Werbehilfe

A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname: **M. a. x. . M. u. s. t. e. r.**
 Titel: **S. c. h. l. o. s. s. e. r.** z. Zt. ausgeübter Beruf Geb.-Tag/Monat/Jahr 0. 1 | 0. 1 | 1. 9. 5. 0
 Straße und Hausnummer: **M. u. s. t. e. r. s. t. r. . 3.** PLZ 1. 2. 3. 4. 5 Wohnort M. u. s. t. e. r. h. a. u. s. e. n.
 Telefon (privat)* Telefon (geschäftl.)* Fax* E-Mail*
 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler Beihilferechtigt als (z. B. Beamter) seit

B. Angaben zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1
 Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller): **M. a. x. . M. u. s. t. e. r.**
 z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung): **S. c. h. l. o. s. s. e. r.**
 Geb.-Tag/Monat/Jahr: **0. 1 | 0. 1 | 1. 9. 5. 0** Geschlecht **m** Nationalität **D** ledig geschieden verheiratet verwitwet
Person 2
 Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller):
 z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung):
 Geb.-Tag/Monat/Jahr: Geschlecht Nationalität ledig geschieden verheiratet verwitwet
 * nur in Verbindung mit dem Tarif PT3

Person	Tag	Monat	Jahr
Person 1 Beginn	0. 1	0. 1	2. 0. 1. 1
Tarif(e)	Tagegeldhöhe Tarifbeitrag		
PET	5. 0	5. 7	5. 5
PT3			
PTO**			
PEK			
monatlicher Gesamtbeitrag	5. 7	5. 5	

Person	Tag	Monat	Jahr
Person 2 Beginn			2. 0. .
Tarif(e)	Tagegeldhöhe Tarifbeitrag		
PET			
PT3			
PTO**			
PEK			
monatlicher Gesamtbeitrag	0	0	0

Gesamt-Monatsbeitrag Person 1 und Person 2 **0 | 0. 0**

C. Sonstige Angaben und Fragen

a) Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung? **Person 1** nein ja **Person 2** nein ja
 b) Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeergänzungsversicherung?

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

Fragen zur Gesundheit

Eine dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Rückseite): 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, es sei denn, es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG erfüllt. 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, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Für Tarif PT3 sind nur die Fragen 1 und 2 zu beantworten.

1. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?

Person	Wenn ja, weswegen besteht Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt?
1	
2	

2. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung, ein chronisches Leiden oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/ein Grad der Behinderung?
 % %

3. Größe und Gewicht cm/kg
 % %
 185 / 85

Nähere Angaben zu Frage 2, wenn mit „ja“ beantwortet:

Pers.	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?

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

E. Beitragszahlung und Schlusserklärungen

Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich minus 2% Skonto jährlich minus 3% Skonto abgerufen werden.

Konto für Leistungen des Versicherers und Abruf: **M. a. x. . M. u. s. t. e. r.** Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller) Konto-Nr. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. . Bankleitzahl 8. 0. 0. 8. 0. 0. 0. 0.
 Geldinstitut (Name und Ort): **M. u. s. t. e. r. b. a. n. k.**

Der Vermittler ist – ungeachtet der gegebenenfalls erteilten Abrufermächtigung – gegen Vorlage seines Ausweises berechtigt, die erste Beitragsrate zu kassieren; als Quittung gilt die Durchschrift des Antrages. Gebühren und Nebenleistungen werden nicht erhoben.

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

Mit meiner Unterschrift gebe ich die **umseitig abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung** ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en). (Alternative 1)
 Die **umseitig abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht** möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Folgen für diese Entscheidung habe ich der Rückseite entnommen. (Alternative 2)

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf der Rückseite abgedruckten Erklärungen (unter anderem Belehrung zum Widerrufsrecht und Erklärung zum Datenschutz) ab.

Musterhausen 10.12.2010 **Master**
 Ort und Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter **Master**
 Unterschrift des Vermittlers

F. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt 10.12.2010
 – der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Datum
 – der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz **Master**
Unterschrift des Antragstellers