

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud
DKV Residentes • DKV Top Health®

RAUM FREILASSEN FÜR
ETIKETTIERUNG



(Füllen Sie bitte nur die weißen Felder aus. Die schattierten Felder werden von der entsprechenden Abteilung von DKV Seguros ausgefüllt.)

| | | | | | | | | |
|-----------------|------|-------------|--------|-------------|------------|---------------------|----------------|------------------|
| Geschäftsstelle | Büro | Vers.-Zweig | Nummer | Unternummer | Anz. Pers. | Versicherungsbeginn | Ablaufdatum | 1. Beitr.-Rechn. |
| | | | | | | Tag Monat Jahr | Tag Monat Jahr | |

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

| | | | | | | |
|-----------------|------|-------------|--------|-------------|----------------|--------------------------|
| Geschäftsstelle | Büro | Vers.-Zweig | Nummer | Unternummer | Nachtragsdatum | Einschluss |
| | | | | | Tag Monat Jahr | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Ausschluss |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Änderung |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------|---------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nachnamen oder Firmenbezeichnung | Vorname | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Straße | Postleitzahl | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Wohnort | Provinz | Telefonnummer | Handynummer | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Faxnummer | Geburtsdatum | Gewünschte Kontaktaufnahme: Telefon | Handy | Fax | Private E-Mail | Geschäftliche E-Mail | | | | |
| | Tag Monat Jahr | | | | | | | | | |
| Geschäftliche E-Mail Adresse | @ | Private E-Mail Adresse | @ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Mann | Frau | Nationalität | Code | Tätigkeit | Kastilisch/ Spanisch | Katalanisch | Galizisch | Baskisch | Deutsch | Englisch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 0 Selbständig | 1 Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> |
| Beruf | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------|-------------|---|
| Ersetzt Police: | Geschäftsstelle | Büro | Versicherungszweig | Nummer | Unternummer | Wartezeiterlass |
| | | | | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie Informationen über die durchgeführten medizinischen Behandlungen erhalten? (gilt nur für DKV Integral und DKV Modular) | Ja | Nein | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Beitragszahlung

| | | | | |
|---------------------|---------|--------------------|----------------|-------------------------|
| Zahlungsintervall | Zahlung | Verwaltungsagentur | Inkassoagentur | Police/Beitragsrechnung |
| j hj vj m E | | | | 0 Nein 1 Ja |

| | | | |
|-------------|------|----------------|-------------|
| Zweigstelle | Büro | Kontrollnummer | Kontonummer |
| | | | |

Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen

| | | | |
|-------------|------|----------------|-------------|
| Zweigstelle | Büro | Kontrollnummer | Kontonummer |
| | | | |

Bankverbindung für Rückerstattungen

Gewünschte Versicherungsmodalität

DKV Integral

DKV Modular (Bitte kreuzen Sie die gewünschten Deckungen an. Es muss mindestens eine Deckung für Krankheitsrisiken und eine Deckung für Unfälle gewählt werden)

| | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deckung bei Krankheiten | Allgemeinärztliche Behandlung | Facharztbehandlung und andere diagnostische Verfahren | Krankenhausaufenthalt | Medizinische Leistungen bei Unfällen | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Deckung bei Unfällen: | Basicó: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DKV Mundisalud

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Complet | Plus | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Classic: | A) Vollversicherung | B) Teilversicherung (stationäre Behandlungskosten) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elite | Combinado | Elección |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------------|--------------------------|----------------------------|--|
| DKV Residentes | Basisdeckung | Basisdeckung + Rückführung | Basisdeckung + Rückführung + Best Care |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DKV Top Health® | Ohne Selbstbehalt | Selbstbehalt 600 EUR | Selbstbehalt 1.200 EUR |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesamtbeitrag _____, _____

Ein Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe.

¡Vive la Salud!

Zu versichernde Personen (Geben Sie bitte bei jeder zu versichernden Person unter Geschlecht und Verwandtschaftsgrad die entsprechenden Schlüsselzahlen an)

Verwandtschaftsgrad

Geschlecht

0 Policeninhaber
 1 Ehepartner
 2 Sohn
 3 Tochter
 4 Vater
 5 Mutter
 6 Sonstiger Familienangehöriger
 7 Andere
 H Mann
 M Frau

1) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

2) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

3) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

4) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

5) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

6) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

7) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

8) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad Geburtsdatum Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nationalität Code

Tag Monat Jahr

Beruf

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER

Einleitende Klausel

Dieser Vertrag unterliegt dem Versicherungsvertragsgesetz 50/1980 vom 8. Oktober. Die Aufsicht über die Versicherungsaktivität von DKV Seguros, S.A.E. (im folgenden DKV Seguros) mit Sitz Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, und zwar dem Wirtschaftsministerium, vertreten durch die "Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones".

Vertragsbestandteile sind der Antrag, die Gesundheitserklärung, die Allgemeinen, die Besonderen und Speziellen Vertragsbedingungen sowie die Zusatzvereinbarungen und Nachträge, die hierzu ausgefertigt werden. Gesetzesänderungen oder Hinweise auf gesetzliche Vorschriften bedürfen nicht der Zustimmung.

Versicherungsnehmer, versicherte Personen, Begünstigte, beteiligte Dritte oder deren Rechtsinhaber verfügen über folgende Reklamationsstellen zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung eventueller Unstimmigkeiten, die mit DKV Seguros auftreten können:

- › Kundendienst von DKV Seguros. Hierzu können sie sich an die Hauptverwaltung der Versicherung per Post oder Telefax an Avenida César Augusto, 33 (50004 Zaragoza), per Telefon: 902 499 499, per Fax: 976 28 91 56 oder per E-Mail (atencioncliente@dkvseguros.es) wenden. Der Kunde bestimmt, in welcher Weise und an welche Adresse er eine Antwort erhalten will. Die Beschwerde wird innerhalb einer Frist von zwei Monaten schriftlich beantwortet. In den Geschäftsstellen der Gesellschaft liegt das Beschwerdebuch des Kundenservices der ERGO Gruppe zur Einsicht bereit.
- › Sollte nach Ablauf dieser Frist der Kunde der vorgeschlagenen Lösung nicht zustimmen, kann er sich an das "Comisionado para la Defensa del cliente de Servicios Financieros", mit Sitz in Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, wenden. Sollte dieser Weg gegen DKV Seguros eingeschlagen werden, beginnt ein öffentlicher Verwaltungsakt.
- › Zusätzlich zu den genannten Beschwerdewegen, kann der Kunde mit seiner Beschwerde auch den Gerichtsweg einschlagen.

Datenschutz

Der Versicherungsnehmer bestätigt, dass er ausdrücklich und eindeutig darüber informiert wurde, dass eine Datei besteht, für die DKV Seguros verantwortlich ist. In besagte Datei werden automatisch die persönlichen Daten (inklusive der Gesundheitsdaten), die dem Versicherungsantrag entnommen werden, aufgenommen und außerdem die während der Vertragslaufzeit erhaltenen Daten, auch die Daten aus Arztberichten oder -mitteilungen, die zur Vertragserfüllung beitragen.

Die persönlichen Daten können zu folgenden Zwecken benutzt werden:

- a) Das Versicherungsverhältnis abzuwickeln. Dieser Vorgang umfasst unter anderem die Bewertung und Einschätzung des Risikos, die Leistungspflichtprüfung, das Inkasso der Beiträge und die Zahlung der Versicherungsleistung. Zu diesem Zweck können die persönlichen Daten an die Leistungserbringer der versicherten Leistungen, an den Mitversicherer und/oder an den Rückversicherer, an den Vermittler, der am Zustandekommen des Versicherungsvertrages beteiligt war, sowie an die Finanzdienstleistungsgesellschaften, über die die Beitragszahlungen und die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgen, weitergegeben werden. Außerdem können diese Daten zu statistischen Zwecken oder im Kampf gegen betrügerische Absichten an Versicherungsgesellschaften, die zur ERGO Gruppe gehören oder an Institutionen weitergegeben werden, die öffentliche Dateien im Versicherungssektor führen.
- b) Zur Information über neue Produkte und Dienstleistungen. Hierfür können die persönlichen Daten an Unternehmen, die zur ERGO Gruppe gehören, und/oder an andere Unternehmen, die mit der DKV verbunden sind oder mit ihr in Bezug auf Werbung und Vermarktung der Produkte und Leistungen im Interesse des Kunden zusammenarbeiten, weitergegeben werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den übrigen versicherten Personen und Begünstigten mitzuteilen, dass ihre persönlichen Daten von DKV Seguros zur Nutzung aufgenommen wurden.

Um die Rechte auf den Zugriff, die Berichtigung, Löschung und die Einwendung der persönlichen Rechte geltend zu machen, kann man sich an DKV Seguros (Rechtsabteilung) Postfach 7110 (50080 Zaragoza) oder an die E-Mail Adresse: asesoria.juridica@dkvseguros.es wenden.

Erlaubnis zum Zugriff auf die Gesundheitsdaten

Ab sofort und während der gesamten Vertragslaufzeit gestatten die versicherten Personen DKV Seguros, die notwendigen Daten über den Gesundheitszustand überprüfen zu können mit dem Ziel einer angemessenen Bewertung, Eingrenzung und Einschätzung des Risikos. Diese Daten können aus vorhergehenden oder von aktuell gültigen Versicherungsverträgen stammen, oder aus medizinischen Berichten, die von autorisierten Medizinern oder Medizinischen Zentren, die die Versicherten besucht haben, erfasst worden sein.

In Übereinstimmung mit Artikel 16.3 und 18 des Versicherungsvertragsgesetzes gestatten die versicherten Personen dem medizinischen Dienst von DKV Seguros auch während der Vertragslaufzeit Daten und medizinische Informationen direkt von den medizinischen Leistungserbringern entgegenzunehmen mit dem alleinigen Ziel, den Vertrag zu erfüllen. Die medizinischen Leistungserbringer, die die versicherten Personen untersucht, beraten oder behandelt haben, sind ausdrücklich von ihrer beruflichen Schweigepflicht entbunden und somit dazu berechtigt, DKV Seguros genaue Informationen zukommen zu lassen, auch wenn die Versicherten bereits verstorben sind.

Bestätigung und Abschluss des Versicherungsvertrages

Durch seine Unterschrift bestätigt und bewilligt der Versicherungsnehmer ausdrücklich seine Übereinstimmung mit allen Bestimmungen, die im Versicherungsantrag festgelegt sind. Er bestätigt, dass er dessen Inhalt kennt, versteht und akzeptiert. Außerdem bestätigt er, vorvertragliche Informationen zu den Besonderheiten der Versicherung erhalten zu haben. Der Versicherungsnehmer bestätigt insbesondere die Klauseln, die sich auf die Behandlung und den Schutz seiner persönlichen Daten und die Genehmigungen zum Zugang zu den Informationen über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen beziehen - auch wenn diese sie nicht persönlich ausgefüllt haben - und erklärt, dass keine Umstände verschwiegen wurden, die die Bewertung des zu versichernden Risikos durch das Unternehmen hätten beeinflussen oder eine Ablehnung des Antrages herbeiführen können.

_____, den _____, 200 ____ Unterschrift des Versicherungsnehmers

Fragen zum Zahnstatus (nur für DKV Top Health® und DKV Residentes).

Falls Sie eine der folgenden Fragen mit "Ja" beantworten, bitten wir Sie, dazu die ergänzenden Informationen im unten abgebildeten Schema auszufüllen.

**RAUM FREILASSEN FÜR
ETIKETTIERUNG**

1. Wann wurde bei Ihnen die letzte Zahnbehandlung durchgeführt? Aus welchem Grund?

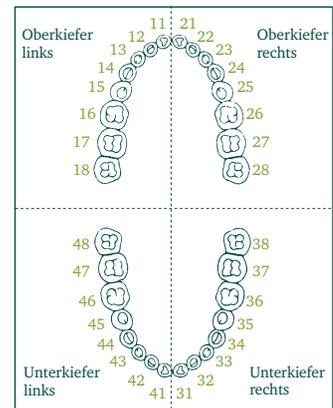
| | Datum | Grund |
|---------|-------|-------|
| Vers. 1 | _____ | _____ |
| Vers. 2 | _____ | _____ |
| Vers. 3 | _____ | _____ |
| Vers. 4 | _____ | _____ |
| Vers. 5 | _____ | _____ |
| Vers. 6 | _____ | _____ |
| Vers. 7 | _____ | _____ |
| Vers. 8 | _____ | _____ |

2. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Untersuchungen bzw. Vorsorgetermine regelmäßig wahrgenommen?
Wenn Ja, nennen Sie die durchgeführten Untersuchungen.

| | Ja | Nein | |
|---------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Vers. 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

3. Haben Sie eine zahnärztliche Behandlung durchführen lassen oder ist diese vorgesehen? Welche?

| | Ja | Nein | |
|---------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Vers. 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vers. 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |



Aktueller Zahnstatus (Zahnschema und Behandlungscode)

- A = fehlend
- B = beschädigt oder fehlerhaft
- C = ersetzt oder repariert

| Nummer der zu versichernden Person | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zahn / Zahnstatus | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | / | / | / | / | / | / | / | / |

Die zu versichernden Personen erklären hiermit, alle Daten im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß angegeben zu haben. Es wurden keine Umstände bzw. Tatsachen verschwiegen, die einen Einfluss auf die Risikobewertung bzw. auf eine Ablehnung der gewünschten Leistungen haben können, deren Beurteilung Aufgabe der Versicherungsgesellschaft ist.

Unterschrift des Versicherungsnehmers