

Antrag auf Krankenversicherung für Kinder nach den Tarifen AmbulantPLUSpur, ZahnTOPpur, clinic +

| | |
|------------------------|-------|
| Versicherungsnummer(n) | 11412 |
|------------------------|-------|

Dieser Antrag gilt für den Abschluss von Tarifen der Marken SIGNAL IDUNA und Deutscher Ring Krankenversicherung.
 Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.
 Als Kinder gelten Personen bis zum Eintrittsalter von 15 Jahren.

| | |
|---|------|
| Bereits Kunde KV <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | RINR |
|---|------|

Antragsteller/Versicherungsnehmer soll nicht versichert werden

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------|--------------|--|--|
| Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | |
| | Straße Hausnummer | | PLZ Wohnort | | |
| | Berufliche Tätigkeit | | Branche | | |
| | <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> sonstiger Berufsstand | | | | |
| Telefonnummer | | Telefaxnummer | E-Mail | Mobilfunknummer | |

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontaktdaten** für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

| | | | | |
|-------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| Bitte ankreuzen** | <input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer | <input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer | <input type="checkbox"/> ja, für E-Mail | <input type="checkbox"/> ja, für SMS |
|-------------------|--|--|---|--------------------------------------|

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

| | | |
|---------------|--|---|
| Zahlungsweise | <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich | Lastschriftverfahren (Auch die Leistungen sollen bis auf Widerruf auf das nachstehende Konto überwiesen werden) |
|---------------|--|---|

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt.
Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.

| | | |
|---------------------------|-------------------------|---|
| IBAN (maximal 34 Stellen) | BIC (8 oder 11 Stellen) | |
| Geldinstitut | Datum | Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber |

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Zu versichernde Personen 1, 2 und 3

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--|-----------------|
| Person 1 Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | |
| | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers) | | | | |
| | Berufliche Tätigkeit | | Branche | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |
| Beziehungsstatus zum Antragssteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben) <input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Mündel von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von | | | | | |
| Person 2 Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | |
| | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers) | | | | |
| | Berufliche Tätigkeit | | Branche | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |
| Beziehungsstatus zum Antragssteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben) <input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Mündel von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von | | | | | |
| Person 3 Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | |
| | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers) | | | | |
| | Berufliche Tätigkeit | | Branche | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |
| Beziehungsstatus zum Antragssteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben) <input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Mündel von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von | | | | | |

Antragsteller:

Antrag vom:

Versicherungsbeginn/ -dauer

Mindestvertragsdauer

Die Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den aktuell gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweils beantragten Tarif zugrunde liegen. Bei Abschluss des Vertrages mit einem Minderjährigen beträgt diese ein Jahr.

Versicherungsbeginn

Beantragte Tarife

| | | | |
|---|---|---|---|
| Person 1 <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur EUR <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur EUR <input type="checkbox"/> clinic + EUR Gesamtmonatsbeitrag Person 1 EUR | Person 2 <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur EUR <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur EUR <input type="checkbox"/> clinic + EUR Gesamtmonatsbeitrag Person 2 EUR | Person 3 <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur EUR <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur EUR <input type="checkbox"/> clinic + EUR Gesamtmonatsbeitrag Person 3 EUR | Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der deutschen Versicherungsteuer befreit. Bei einem längeren Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen. Monatlicher Gesamtbetrag aller Personen EUR |
|---|---|---|---|

Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG auf der Seite 5 dieses Antragsformulars unter dem Punkt "Wichtige Hinweise".

Fragen an die zu versichernden Personen

1 Gesundheitsfragen zur Beantragung der Tarife AmbulantPLUSpur und clinic +:

Die Fragen sind mit ja oder nein zu beantworten. Nähere Angaben sind unter Ziffer 1.3 zu machen.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 |
|--|---|---|---|
| 1.1 Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten oder Beschwerden bzw. haben Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen stattgefunden, bzw. sind diese empfohlen oder vorgesehen? (Nicht anzugeben sind: Vorsorgeuntersuchungen (auch U-Untersuchungen) ohne Befund: Als Befund gelten alle Ergebnisse einer Untersuchung, die eine weitere Behandlung, Kontrolle oder Beobachtung notwendig machen. Erkältungsinfekte, Verstauchungen oder Zerrungen sofern diese folgenlos ausgeheilt, behandlungs- und beschwerdefrei sind und die Beschwerden nicht länger als 14 Tage andauerten.) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.2 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

1.3 Nähere Angaben/ Einzelheiten zu Fragen, die mit „ja“ beantwortet wurden:
Sofern der Raum nicht ausreicht, bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben) vornehmen. Beiblatt beigelegt ja nein

| Person Nr. | Frage Nr. | Art der Krankheit, des Körperschadens, der Beschwerden, Diagnose/Befund, Art der Behandlung einschl. Arzneimittel mit Dosierung, Grad der Erwerbsminderung/ Berufsunfähigkeit | Behandlungsdaten von - bis | | Operation | | behandlungs-/beschwerdefrei | | | |
|------------|-----------|---|----------------------------|-----------|-----------|------|-----------------------------|------|------|--------------------|
| | | | ambulant | stationär | ja | nein | ja | seit | nein | Folgeerscheinungen |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben)

2 Gesundheitsfragen zur Beantragung des Tarifs ZahnTOPpur (ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren zu beantworten):

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 |
|---|---|---|---|
| 2.1 Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2.2 Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2.3 Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2.4 Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für „keine“ bitte eine „0“ eintragen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| a) Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? | Person 1 | Person 2 | Person 3 |
| b) Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)? | Person 1 | Person 2 | Person 3 |

Hinweis: Zur Bewertung der Frage 2.4 bitte den Hinweis „Bewertungsschema für Zahnversicherungsschutz“ auf der Seite 5 beachten.

Sonstiges

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Ich bin mit folgender Vereinbarung für die Produktlinie Zahn (hier Tarif ZahnTOPpur) einverstanden:
Entrichtung eines Beitragszuschlages zusätzlich zum tariflichen Beitrag pro fehlendem Zahn in Höhe von monatlich 5 EUR für Person 1 Person 2 Person 3.
Wichtig: Vereinbarte Beitragszuschläge gelten für alle Tarife, welche hierfür Zuschläge vorsehen. Sieht ein Tarif höhere Zuschläge vor, erfolgt eine ggf. erforderliche Anpassung nach Absprache mit Ihnen.

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG bzw. über den Status des angestellten Vermittlers wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Hiermit erteile ich meine 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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. Assistance-Partner oder für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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. Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht in jedem Fall selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Unternehmensgruppe 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zur Verfügung gestellt. Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter www.signal-iduna.de/datenschutzinfo. Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung“, die „Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten“, und die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise“ auf der Seite 5. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Ermächtigungen, Erklärungen und auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.

Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind.

Widerrufsrecht des Antragstellers

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 VVG 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:

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 135-4638

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. Versicherungsschein. 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.

Eine Zweitschrift dieses Antrages (Seiten 1 bis 5) habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist.

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Informationen, die Dienstleisterliste, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlickeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

Verm.-Nr.

Unterschrift Vermittler

Wichtige Hinweise

Wichtige Hinweise

Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer **Vertragserklärung** alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, **belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:**

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Im Einzelnen bedeutet das: Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Erfolgt ein Rücktritt vom Vertrag, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie die Anzeigepflicht leicht fahrlässig verletzen, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Das kann zur Leistungsfreiheit führen, und zwar auch rückwirkend.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bewertungsschema für Zahnversicherungsschutz:

| | | Anzahl fehlender Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne) aus Frage 2.4 a) | | | | |
|--|-----------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anzahl überkrönter oder ersetzter Zähne (inklusive überrückter Zähne und Implantate) aus Frage 2.4b) | 0 | OE | OE | OE | OE | Ablehnung |
| | 1 | OE | OE | OE | Ablehnung | Ablehnung |
| | 2 | OE | OE | OE | Ablehnung | Ablehnung |
| | 3 | OE | OE | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 4 | OE | OE | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 5 | OE | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 6 | OE | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 7 | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 8 | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| | 9 | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung |
| ab 10 | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | Ablehnung | |

OE = ohne Erschwerung

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe

KV-Neukunde nein ja Aktionskennzeichen _____

| | | | | | |
|--------|--------------|---------|-------------|---------|----|
| GD-Nr. | Betreuer-Nr. | Antr-GD | Antrags-Nr. | Ext-Nr. | VB |
|--------|--------------|---------|-------------|---------|----|

| | | | | | |
|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| ADVNR 1 | Teil 1 | ADVNR 2 | Teil 2 | ADVNR 3 | Teil 3 |
|---------|--------|---------|--------|---------|--------|

| | | | | |
|--|-------|-----------------|--------------|----------|
| Recherche GD / Antragsprüfung GD <input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet. | Datum | Funktionsstelle | Unterschrift | Tel.-Nr. |
| | | | | |

Bearbeitungsvermerke

Datum Funktionsstelle/Name Unterschrift