

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für Tarif AVL

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Annahmefrist

Mein Antrag auf Abschluss eines **Krankenversicherungsvertrages** kann von der DKV binnen sechs Wochen angenommen werden.

Widerrufsrecht

Wird die Versicherung mit einer längeren Laufzeit als einem Jahr beantragt, kann ich meinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seiner Unterzeichnung widerrufen, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln, Telefax 01 80/5 78 60 00, service@dkv.com.

Wird der Vertrag unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (§ 312 b Abs. 2 BGB) abgeschlossen, z. B. Brief, Telefax, E-Mail, gelten die im ersten Absatz aufgeführten Rechte, auch dann, wenn die Laufzeit nur ein Jahr beträgt. Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. **Ich willige ausdrücklich ein, dass ich die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen bezüglich der mir mitgeteilten Beiträge für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen muss, wenn der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.**

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich die Fragen in diesem Antrag nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

Vertragssprache

Vertragssprache ist deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand den Versicherungsantrag annimmt oder der Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Krankenversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder

unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risiko- beurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflicht- entbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antrag- stellung. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer jeweils im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veran- lassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behand- lungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesund- heitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungs- prüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Krankenversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichern- den Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutz- gesetz und zur Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertrags- durchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko/Vertragsände- rungen) 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 Krankenversiche- rung 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 die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in ge- meinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zustän- digen 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 Finanzdienst- leistungen nutzen darf/dürfen.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handels- register, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinheit.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.