

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für ReiseMed Tarif AS12V

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

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 den Gesundheitsfragen auf Seite 2.

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 eine Anfrage/einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung 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 (Alternative 2, Seite 2, unter F. Beitragszahlung und Schlusserklärungen), kann

1. den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
2. 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

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.

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.

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

A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname		z.Zt. ausgeübter Beruf/Titel	
PLZ	Wohnort	Straße und Hausnummer	
Telefon (privat/geschäftlich)*		E-Mail*	

B. Bevollmächtigter gem. Nr. 22 AVB zur Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen

Vorname(n)/Zuname		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer		Telefon (privat/geschäftlich)*	E-Mail*

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

Ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss eines Krankenversicherungs-Vertrages zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes AS12V. * Angaben freiwillig

Person	Vorname(n)/Zuname (falls vom Antragsteller abweichend)		1) Geschl.	Geburtsdatum			Beginn			Versicherungsdauer (in Monaten)	Tarif	Zone	LA	monatlicher Tarifbeitrag		+ evtl. Zuschlag	
	Tag	Mon.		Jahr	Tag	Mon.	Jahr	Euro	Cent					Euro	Cent		
1										AS12V							
2										AS12V							
1) männlich = 1 weiblich = 2		Nationalität Person 1		Person 2		Aufenthaltsland/-länder					falls Amerika (Nord-, Mittel- Südamerika, Karibik) von bis						

D. Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Seite 1): 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 (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.

	Person 1	Person 2
	nein ja	nein ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten/Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung, eine Zahnprothetik oder Kieferorthopädie beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Bestehen ein körperlicher/organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mon.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mon.
10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Größe und Gewicht	/	/

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1.–9., wenn mit „ja“ beantwortet

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

Wo bestand oder besteht noch Krankenversicherungsschutz oder ist (bzw. war) ein solcher beantragt?

Pers.	Versicherer, Vers.-Nr./gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	freiwillig versichert
1			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

F. Beitragszahlung und Schlusserklärungen Der Beitrag soll monatlich von folgendem Konto in Deutschland abgerufen werden:

Konto für Beitragsabruf und Leistungen des Versicherers	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)
	Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller)		Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

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

Mit meiner Unterschrift gebe ich die auf Seite 1 abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en). (Alternative 1)

Die auf Seite 1 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 Seite 1 entnommen. (Alternative 2)

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf der Seite 1 abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Datenschutz) ab.

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

G. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt

– der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

– der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Vermittlers
-------	---------------------------------	------------------------------