

Antrag auf Krankenversicherung

Versicherungsnummer

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert. nein ja bereits Kunde? nein ja FD-Nr. RINR Aktions-Kz

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)/ zu versichernde Person 1

| | | | | |
|---|--|--|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Name, Vorname | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | Berufliche Tätigkeit |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort | | | |
| | <input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Polizeianwärter | | |
| | Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Dauer der Ausbildung/des Studiums von <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/> | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> als Kind <input type="checkbox"/> als Ehepartner | versichert seit <input type="text"/> | |
| 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 **Kontakt**daten aus diesem Antrag 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** ja, für Telefonnummer ja, für Telefaxnummer ja, für E-Mail ja, für SMS

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Merkblatt zur Datenverarbeitung ** Freiwillige Angaben

2 Zu versichernde Person 2

| | | | | |
|---|---|--|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Name, Vorname | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch | Berufliche Tätigkeit |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort | | | |
| | <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Polizeianwärter | | |
| | Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Dauer der Ausbildung/des Studiums von <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/> | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> als Kind <input type="checkbox"/> als Ehepartner | versichert seit <input type="text"/> | |

3 Beitragszahlung

Zahlungsweise monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich 1/1-jährlich Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgerufen bzw. Leistungen hierauf überwiesen werden

| | | | |
|-------------|--------------|--------------|---|
| Kontonummer | Bankleitzahl | Geldinstitut | Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller |
|-------------|--------------|--------------|---|

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.

4 Versicherungsbeginn und beantragter Versicherungsschutz

Ich beantrage eine Kranken-Zusatzversicherung wie nachstehend angekreuzt ab Versicherungsbeginn:

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren, bei Abschluss des Vertrages mit einem Minderjährigen für ein Jahr, geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

01. .20

Nachfolgend sind Tarifpakete auswählbar. Eine Erläuterung, welche Tarife in den Tarifpaketen enthalten sind, kann dem Punkt "Wichtige Hinweise" auf der Seite 2 entnommen werden.

Person 1 Ausbildungsbeitrag Komfort-Zahn Komfort-PLUS Komfort-TOP ohne Tarif Z 50-3
 Person 2 Ausbildungsbeitrag Komfort-Zahn Komfort-PLUS Komfort-TOP ohne Tarif Z 50-3

| | | |
|---|---|--|
| Monatsbeitrag – Person 1 <input type="text"/> | Monatsbeitrag – Person 2 <input type="text"/> | Monatlicher Gesamtbeitrag <input type="text"/> |
| EUR | EUR | EUR |

5 Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte lesen Sie vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen die „Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG“ auf der Seite 2 dieses Antragsformulars unter dem Punkt „Wichtige Hinweise“.

6 Fragen an die zu versichernden Personen

Sofern die Tarifpakete **Komfort-Zahn, Komfort-PLUS und Komfort-TOP ohne den Tarif Z50-3** beantragt werden, sind nur die Gesundheitsfragen 1 und 2 zu beantworten.

| | zu Person 1 | 2 |
|--|---|---|
| 1. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: • Alkohol-/Drogenmissbrauch • Asthma bronchiale • Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) • Depression • Diabetes mellitus • Epilepsie • Herzinfarkt • Krebserkrankung • Multiple Sklerose • Neurodermitis • Rheumatische Erkrankung • Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Erfolgte in den letzten 5 Jahren ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder ist er geplant? (gilt nicht für eine erwachsene Begleitperson bei durchgeführter Mutter-Kind-Kur) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

7 Sonstiges

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

Informationen zum Vermittler Die Informationen nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise und Schlussfolgerungen“ auf der Seite 2. Die Schlussfolgerungen enthalten unter anderem die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise und Schlussfolgerungen“ zum Inhalt dieses Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf der Seite 2 bestätigen.

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: (Adressen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. für die Widerrufserklärung siehe Seite 2)

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

Über Ihr Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen werden Sie in dem Ihnen zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich belehrt.
 Eine Zweitschrift dieses Antrages (Seiten 1 und 2) habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

| | | | |
|----------------------|----------------------------|--|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Unterschrift Antragsteller | Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre | Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist. |

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung, 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.

| | |
|----------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unterschrift Antragsteller | Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist. |

Erklärung und Unterschrift Vermittler Ich erkläre nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Verm.-Nr. | <input type="text"/> |
| Unterschrift Vermittler | <input type="text"/> |

Wichtige Hinweise und Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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.

Hinweis zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Krankenversicherung

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall werden wir ggf. Nachfragen bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden halten. Derartige Nachfragen und Datenerhebungen werden nur erfolgen, wenn Sie vor der jeweiligen Anfrage ausdrücklich in die konkrete Datenerhebung einwilligt haben.

Erläuterung zu den Tarifpaketen

Die auswählbaren Tarifpakete beinhalten folgende Tarife:

Komfort-Zahn: Tarife GE, Z 50-3 (Normalbeitrag)

Tarife R-GE, Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)

Komfort-PLUS: Tarife GE, GE-PLUS, Z 50-3 (Normalbeitrag)

Tarife R-GE, R-GE-PLUS, Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)

Komfort-TOP: Tarife GE, GE-TOP, Z 50-3 (Normalbeitrag)

Tarife R-GE, R-GE-TOP, Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)

Adressen für die Erklärung des Widerrufs

Der Widerruf des Antragstellers (siehe Seite 1) ist zu richten an:

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

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (0231) 1 35 - 46 38

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

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind. Wird der Erlass der Wartezeiten für Krankenversicherungstarife ohne Wartezeitverzicht aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt und gehen die Untersuchungsberichte nicht innerhalb von drei Wochen, nachdem ich die Vordrucke erhalten habe, beim Versicherer ein, dann sind für diese Tarife die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

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/oder 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 (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler 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 Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Kundeninformationen vorgesehen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an die SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice AG und SDV Servicepartner der Versicherungsmakler AG übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SIGNAL Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Folgende Einwilligungserklärung gilt nur für gesetzlich Krankenversicherte, wenn zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und einer gesetzlichen Krankenversicherung ein entsprechender Kooperationsvertrag besteht:

Zusätzliche Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. mit einer gesetzlichen Krankenversicherung, die mit der SIGNAL Krankenversicherung a. G. einen Kooperationsvertrag geschlossen hat

Voraussetzung für die von mir beantragte, vergünstigte private Krankenversicherung ist eine bestehende Versicherung bei einer mit der SIGNAL Krankenversicherung a. G. kooperierenden gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Kooperation erfolgt im Rahmen des § 194 Abs. 1a SGB V. Innerhalb dieser Kooperation ist es notwendig, Daten auszutauschen. Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. berechtigt ist, meiner gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Kooperationsvertrages den Umfang und das Ende der Krankenzusatzversicherung weiterzugeben, um meiner gesetzlichen Krankenversicherung eine weitergehende Beratung zu ermöglichen. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine gesetzliche Krankenversicherung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Beendigung meiner Versicherung übermittelt, da hierdurch die Grundlage für die Vergünstigung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. entfällt. Da der Datenaustausch maschinell erfolgt, werden den Informationen die Anschrift und die notwendigen Verarbeitungsschlüssel hinzugefügt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialdatenschutzes §§ 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X finden Anwendung.

| | | | |
|----------------------|----------------------------|--|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Unterschrift Antragsteller | Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre | Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist. |

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe

KV-Neukunde nein ja

| FD-Nr. | Betreuer-Nr. | Antr-FD | Antrags-Nr. | Ext-Nr. | VB |
|---------|--------------|---------|-------------|---------|---------|
| ADVNR 1 | | Teil 1 | ADVNR 2 | Teil 2 | ADVNR 3 |
| | | | | | Teil 3 |

| Recherche FD / Antragsprüfung FD | Datum | Funktionsstelle | Einw.-Nr. | Unterschrift | Tel.-Nr. |
|---|-------|-----------------|-----------|--------------|----------|
| <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. | | | | | |

Bearbeitungsvermerke

| Datum | Funktionsstelle/Name | Unterschrift |
|-------|----------------------|--------------|
| | | |

SIGNAL Krankenversicherung a. G., Sitz: Dortmund, HR B 2405, AG Dortmund
 Vorstand: Reinhold Schulte (Vorsitzender), Dr. Karl-Josef Bierth, Marlies Hirschberg-Tafel, Michael Johnigk,
 Ulrich Leitermann, Michael Petmecky, Dr. Klaus Sticker, Prof. Dr. Markus Warg, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kutz
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, Internet: www.signal-iduna.de, E-Mail: info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon: (02 31) 1 35-0, Telefax: (02 31) 1 35-46 38
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon: (0 40) 41 24-0, Telefax: (0 40) 41 24-29 58