

ANTRAG AUF UNFALLVERSICHERUNG

DKV Accidente Individual

DKV Accidente Individual para la Mujer

DKV Accidente Colectivo. Adhesión Individual

RAUM FREILASSEN FÜR
ETIQUETTIERUNG



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

Geschäftsstelle	Büro	Versicherungsbranche	Nummer	Versicherungsbeginn	Ablaufdatum	Art der Anpassung	1. Beitragsrechnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersetzt Police:	Geschäftsstelle	Büro	Versicherungsbranche	Nummer	Unternummer		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

Geschäftsstelle	Büro	Versicherungsbranche	Nummer	Unternummer	Nachtragsdatum	<input type="checkbox"/> Einschluss
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ausschluss
					<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Änderung

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Nachnamen oder Firmenbezeichnung							Vorname										
<input type="text"/>												<input type="text"/>					
Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.F./N.I.E.)	Straße											Postleitzahl					
<input type="text"/>	<input type="text"/>											<input type="text"/>					
Wohnort	Provinz				Telefonnummer				Handynummer								
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>								
Faxnummer	Gewünschte Kontaktnahme:		Telefon	Handy	Fax	Private E-Mail	Geschäftliche E-Mail	Tätigkeit		<input type="checkbox"/> 0 Selbständig	<input type="checkbox"/> 1 Arbeitnehmer						
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Geschäftliche E-Mail Adresse						@	Private E-Mail Adresse						@				

zu versichernde Person

Nachnamen							Vorname										
<input type="text"/>												<input type="text"/>					
Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.F./N.I.E.)	Straße											Postleitzahl					
<input type="text"/>	<input type="text"/>											<input type="text"/>					
Wohnort	Provinz				Telefonnummer				Handynummer								
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>								
Faxnummer	Geburtsdatum		Gewünschte Kontaktaufnahme:		Telefon	Handy	Fax	Private E-Mail	Geschäftliche E-Mail								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Geschäftliche E-Mail Adresse						@	Private E-Mail Adresse						@				
Mann	Frau	Nationalität				Code	Kastilisch/Spanisch	Katalanisch	Galizisch	Baskisch	Deutsch	Englisch					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Verschlüsselung Beruf										Beruf		zu versichernde Person		Vers.-Nehmer			
<input type="text"/>										<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1			
Tätigkeit: Selbständig		Arbeitnehmer		Erläuterung der beruflichen Tätigkeit													
<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1		<input type="text"/>													

Zahlungsmodalität

Zahlungsintervall	Zahlungsfälligkeit	Zahlung	Verwaltungsagentur	Inkassoagentur	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> j	<input type="checkbox"/> hj	<input type="checkbox"/> vj	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> E	
Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen		Geldinstitut	Bankanschrift	Kontrollnummer	Kontonummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankverbindung für Versicherungsleistungen		Geldinstitut	Bankanschrift	Kontrollnummer	Kontonummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gewünschte Versicherungsmodalität Unfallversicherung

DKV Accidente Individual
 DKV Accidente para la Mujer
 DKV Accidente Colectivo. Adhesión Individual

Ein Unternehmen der ERGO-Versicherungsgruppe.

¡Vive la Salud!

Nachnamen

Vorname

RAUM FREILASSEN FÜR
ETIQUETTIERUNG

Falls Sie nicht genügend Platz haben, fügen Sie bitte ein Blatt hinzu, auf welchem sich Ihr Name, das Datum und Ihre Unterschrift befinden.

FRAGENBOGEN ZUR RISIKOBEWERTUNG:

Die Beantwortung einer dieser Fragen mit "Ja" führt zu einer Verschlüsselung der beruflichen Tätigkeit und führt zur entsprechenden Berufseinstufung.

- A: Verreisen Sie regelmäßig? Besuchen Sie Kunden? Ja Nein
- B: Verrichten Sie körperliche Tätigkeiten? Ja Nein
- C: Arbeiten Sie im Ausland? Ja Nein
- D: Beaufsichtigen Sie Baustellen oder Projekte? Ja Nein
- E: Arbeiten Sie mit schweren Maschinen, Schaufelbaggern, Kränen usw.? Ja Nein
- F: Benutzen Sie mechanisches oder elektrisches Werkzeug? Ja Nein
- G: Arbeiten Sie außerhalb Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes? Ja Nein
- H: Arbeiten Sie mit Waffen? Ja Nein
- I: Arbeiten Sie mit toxischem Material? Ja Nein
- J: Beteiligen Sie sich bei Abbrucharbeiten oder bei großen öffentlichen Arbeiten? Ja Nein
- K: Benutzen Sie mechanische Sägen, Motorsägen? Ja Nein
- L: Arbeiten Sie auf Baugerüsten mit mehr als 5 Meter Höhe? Ja Nein
- M: Arbeiten Sie mit schwerem Material? Ja Nein

Geben Sie an, ob Sie eine der nachstehenden Aktivitäten realisieren:

Arbeiten Sie unter Tage, in Fluggeräten oder in Wasserfahrzeugen, auf Baugerüsten? Beschäftigen Sie sich mit entzündbarem oder explosivem Material oder in Einrichtungen mit Strom von mehr als 380 Volt? Verreisen Sie in Konfliktzonen, Kriegszonen oder dorthin, wo Naturkatastrophen stattfanden? Ja Nein

Praktizieren Sie irgendeinen Sport? Geben Sie an welchen.

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Haben Sie eine weitere Unfallversicherung oder eine Versicherung bei Invalidität?

Besitzen Sie bereits Policen der DKV?

Gesellschaft: Versicherungssumme Datum

FRAGEBOGEN ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG: GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Gewicht (Kg) _____ Größe (cm) _____ Blutdruck: Oberer Wert unterer Wert Werte: Max. _____ Min. _____

Konsumieren Sie: Tabak Menge _____ Alkohol Menge _____ Anderen Drogen Art _____ Menge _____

Sind Sie Rechtshänder Linkshänder

Belastet durch familiäre Erbkrankheiten _____

Hatten oder haben Sie irgendeine Krankheit, Unfall, angeborene Anomalie, einen chirurgischen Eingriff, oder chronische Schmerzen? Ja Nein

Haben Sie erhalten oder erhalten Sie irgendeine Art von medizinischer, diätetischer, pharmakologischer oder chirurgischer Behandlung? Ja Nein

(Spezifizieren Sie) _____

Haben Sie medizinische Check-Ups, radiologische Proben, Blutanalysen machen lassen? Ja Nein Welches war das Resultat? _____

Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt Ja Nein oder waren/ sind Sie verhindert Ja Nein Ihrer gewöhnlichen beruflichen Tätigkeit nachzugehen?

(Ursachen, Daten, Anzahl von Tagen) _____

Haben Sie Folgeschäden oder wissen Sie etwas über Invalidität oder Behinderung? Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung gestellt? Ja Nein

(Datum, Beschreibung) _____

Wenn Sie einmal an einem der folgenden Symptome litten, unterstreichen Sie diese bitte:

- Rücken - und Gliederschmerzen
- Knieprobleme
- Buckel
- Arthritis
- Bandscheibenvorfall
- Tragen von HIV
- Hepatitis
- Diabetes
- Epilepsie
- Nabelbruch
- Infarkt
- Unfall mit Him und Gefäßschädigung
- nächtlicher Atemstillstand
- Depression / Beklemmung
- Schwindelanfälle

Sehfehler/Hörschwächen (Art, Schwere)

- Rechtes Auge Dioptrien
- Linkes Auge Dioptrien
- Rechtes Ohr _____
- Linkes Ohr _____

Der Versicherungsantragsteller erklärt unter Berücksichtigung der in Art. 10 des Versicherungsvertragsgesetzes aufgeführten vorhersehbaren Folgen, dass die Antworten des Fragebogens zur Risikobewertung, die von dem Unterzeichnenden angegeben wurden, wahrheitsgetreu sind und keine Hinterziehung von Tatsachen vorliegt, die die Risikogegenstandsbewertung durch die Firma oder die Zurückweisung der beantragten Leistungen beeinflussen könnten.

Vergessen Sie nicht, den Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben

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:

- 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.
- 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 - 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.

Ort _____ Datum _____ Der Versicherungsnehmer Unterschrift der zu versichernden Person, wenn sie nicht Leistungsempfänger ist