



DKV Profesional

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

Form fields for business details: Geschäftsstelle Büro, Versicherungsbranche, Nummer, Unternummer, Anz. zu vers. Pers., Versicherungsbeginn, Ablaufdatum, 1. Beitr.-Rechn., Art der Erneuerung, Ohne Erneuerung, Inflationsrate (I.P.C.), 3%

Form fields for address changes: (Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.) Geschäftsstelle, Büro, Versicherungsbranche, Nummer, Unternummer, Nachtragsdatum, and options for Einschluss, Ausschluss, Änderung

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Form fields for policyholder details: Nachnamen oder Firmenbezeichnung, Vorname, Pers.-o. Steuer-Nr., Straße, Postleitzahl, Wohnort, Provinz, Telefonnummer, Handynummer, Faxnummer, Geburtsdatum, Gewünschte Kontaktaufnahme, E-Mail, Geschäftliche E-Mail, Geschäftliche E-Mail Adresse, Private E-Mail Adresse, Mann/Frau/Nationalität, Code, Tätigkeit, Selbstständig/Arbeitnehmer, Kastilisch/Spanisch, Katalanisch, Galizisch, Baskisch, Deutsch, Englisch, Beruf, Ersetzt Police, Möchten Sie Informationen über die durchgeführten medizinischen Behandlungen erhalten?

Zahlungsmodalitäten

Form fields for payment modalities: Zahlungsintervall, Zahlung, Verwaltungsagentur, Inkassoagentur

Form fields for bank authorization: Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen, Zweigstelle, Büro, Kontrollnummer, Kontonummer

Form fields for bank connection: Bankverbindung für Rückerstattungen, Zweigstelle, Büro, Kontrollnummer, Kontonummer

Form fields for type of insurance: Art der Versicherung, Selbstständige, Andere

Form fields for pre-specified options: vorgegebene Optionen

Leistungen für alle zu versichernden Personen

Form fields for benefits for all insured persons: Krankenversicherung: Allgemeinärztliche Behandlung, Facharztbehandlung und andere diagnostische Verfahren, Krankenhausaufenthalt

Für alle Deckungen (Modular und Mundisalud mit Vollschutz)

Form fields for all coverages: Wünschen Sie den Einschluss bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Krankheiten oder Verletzungen) und/oder den aktuellen Zustand (z. B. Schwangerschaft) innerhalb des medizinischen Netzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" gegen Zahlung eines Zuschlages?

Form fields for funeral service: Bestattungs-Serviceversicherung: Versicherungssumme im Todesfall

Form fields for daily allowance: Tagegeld: Leistungen bei Krankenhausaufenthalt, Nur für den Versicherungsnehmer, Für alle zu versichernden Personen, Service

Leistungen für den Versicherungsnehmer

Form fields for benefits for the policyholder: Unfall: Tod durch Unfall, Dauerhafte Invalidität durch Unfall, Medizinische Betreuung, Beitragszuschläge, Tagegeld: Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, Leistungsempfänger, Progression, Karenzzeit

Gesamtbeitrag

**Zu versichernde Personen** (Geben Sie bitte bei jeder zu versichernden Person unter Geschlecht und Verwandtschaftsgrad die entsprechenden Schlüsselzahlen an)

Verwandtschaftsgrad

0 Policeninhaber  
  1 Ehepartner  
  2 Sohn  
  3 Tochter  
  4 Vater  
  5 Mutter  
  6 Sonstiger Familienangehöriger  
  7 Andere

Geschlecht

H Mann  
  M Frau

1) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

2) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

3) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

4) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

5) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

6) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

7) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

8) Nachnamen  Vorname

Geschlecht   
 Verwandtschaftsgrad   
 Geburtsdatum     
 Pers.- oder Steuernummer (NIF/CIF/NIE)   
 Nationalität   
 Code

Tag   Monat   Jahr

Beruf

**Tagegeld. Erklärung zum Risiko.** (Nur auszufüllen bei Wahl dieser Deckung)

Berufsgruppenschlüssel

Beruf

Tarif

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit

Bestanden oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Behinderungen, angeborene Anomalien oder erbliche Familienkrankheiten? Hat ein chirurgischer Eingriff stattgefunden? Bestehen chronische Schmerzen?  Ja  Nein

(Erläutern Sie näher).

Falls Sie die Frage mit "Ja" beantwortet haben, hinderten sie diese Beschwerden an der Ausübung ihres gewohnten Berufes? Über welchen Zeitraum?

Sind Sie:  Rechtshänder  Linkshänder

Haben Sie diese Art Versicherung bei DKV Seguros oder bei einer anderen Versicherungsgesellschaft versichert?  Ja  Nein

Falls Sie die Frage mit "Ja" beantwortet haben, nennen Sie bitte die Höhe der Leistung pro Tag und die Gesellschaft und das Datum des Vertrags

**Begünstigte im Sterbefall**

**Unfallversicherung. Erklärung zum Risiko.** (Nur auszufüllen bei Wahl dieser Deckung)

Berufsgruppenschlüssel

Beruf

Unfalltarif:

Beitragszuschläge:  Motorrad/Krad  Tauchsport  
 Freizeitsport  Ski  
 Jagd  Pferdesport  
 Höhlenkunde  Polo

Markieren Sie die ausgewählten Antworten mit einem X

Die Arbeit, die Sie ausführen, ist:  Nicht körperlich  Dauerhaft körperlich  Nicht körperlich, aber mit Bewachungsfunktion

Die Ausübung Ihres Berufs erfordert:  häufige Reisen  Arbeit mit Baugerüsten  Benutzung von Sägen  
 keine häufigen Reisen  Arbeit ohne Baugerüste  Benutzung von Motorkraft, elektrischer Kraft, usw.  
 Verteilen oder Transportieren

Üben Sie eine Sportart aus? Geben Sie an, welche

Haben Sie eine Unfallversicherung? Gesellschaft: Versicherungssumme:

Besteht eine weitere Versicherung bei DKV?

Sind Sie:  Rechtshänder  Linkshänder

Bestanden oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Behinderungen, angeborene Anomalien oder erbliche Familienkrankheiten? Hat ein chirurgischer Eingriff stattgefunden? Bestehen chronische Schmerzen?  Ja  Nein

(Erläutern Sie näher)

Falls Sie die Frage mit "Ja" beantwortet haben, hinderten Sie diese Beschwerden an der Ausübung Ihres gewohnten Berufes? Über welchen Zeitraum?

Sind Folgeschäden geblieben oder ist eine Art Invalidität entstanden?

**Begünstigte im Sterbefall**



# 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:

- › Jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder der Kundendienst der ERGO-Gruppe. 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 35 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 von DKV Seguros liegt das Beschwerdebuch des Kundenservices von 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 besagter 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:

- a) 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, die Bearbeitung von Vorsorgeprogrammen und von Gesundheitsförderung sowie von zusätzlichen Service-Versicherungsleistungen. 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.
- b) Zur Information über Produkte, Vorsorgeprogramme und über Gesundheitsförderung sowie über zusätzliche Service-Leistungen. Hierfür können die persönlichen Daten an Unternehmen, die zur ERGO Gruppe gehören, und/oder an andere Unternehmen, die mit der DKV Seguros verbunden sind oder mit ihr im 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 90 (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, Einschätzung und Behandlung des Risikos, Krankheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. 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 beziehen - auch wenn diese sie nicht persönlich ausgefüllt haben - und erklärt, dass keine Umstände verschwiegen wurden, die die Bewertung des zu versichernden Risikos durch DKV Seguros hätten beeinflussen oder eine Ablehnung des Antrages herbeiführen können.

Gleichzeitig erkläre ich zu wissen, dass DKV Seguros keine Leistungen erbringt für Gesundheitszustände, die vor Abschluss der Versicherung aufgetreten sind und nicht im Gesundheitsfragebogen angegeben wurden.

In \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 201\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person, wenn sie nicht Begünstigter ist (Nur bei Tagegeld)