

VERSICHERUNGSANTRAG TAGEGELDVERSICHERUNGEN

DKV Renta

DKV Renta Baremado

DKV Renta Colectivo. Asegurados

DKV Renta Familiar

RAUM FREILASSEN
FÜR ETIKETTIERUNG



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

Geschäftsstelle	Büro	Versicherungszeit	Nummer	Versicherungsbeginn	Ablaufdatum	%-Satz Aufwertung	Art der Erneuerung	1. Beitragsrechnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> Jahr	<input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

Geschäftsstelle	Büro	Versicherungszeit	Nummer	Unternummer	Nachtragsdatum	<input type="checkbox"/> Eingeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr	<input type="checkbox"/> Ausgeschlossen
Änderung des aktuellen Tarifes <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						<input type="checkbox"/> Modifizierung
Änderung der Modalität <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Nachnamen oder Firmenbezeichnung	Vorname						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
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 Kontaktaufnahme:	Telefon	Handy	Fax	Private E-Mail	Geschäftliche E-Mail	Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 0 <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer
Geschäftliche E-Mail Adresse	@	Private E-Mail Adresse	@				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Ersetzt Police: Geschäftsstelle Büro Versicherungszeit Nummer Unternummer Wartezeiterlass Ja Nein

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"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschäftliche E-Mail Adresse	@	Private E-Mail Adresse	@				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufscode	Beruf	Tarif	Anspruchsberechtigter:	Versicherte Person	Vers.-Nehmer				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1				
Tätigkeit	Selbstständig	Arbeitnehmer	Erläuterung Berufstätigkeit						
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>							

Arbeitsplatz

Straße	Postleitzahl	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wohnort	Provinz	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen

Zweigstelle	Büro	Kontrollnummer	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankverbindung für Rückerstattungen

Zweigstelle	Büro	Kontrollnummer	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gewünschte Versicherungsmodalität

<input type="checkbox"/> DKV Renta	<input type="checkbox"/> DKV Renta Baremado	<input type="checkbox"/> DKV Renta Colectivo. Asegurados	<input type="checkbox"/> DKV Renta Familiar
------------------------------------	---	--	---

Ein Unternehmen der ERGO-Versicherungsgruppe.

jVive la Salud!

DKV RENTA FAMILIAR

Garantien: Option

	Option A	Option B	Option C	Option D
KHT bei allen Krankenhausaufenthalten	90 EUR	120 EUR	150 EUR	45 EUR
Höchstsatz KHT aufgrund von jeglichem chirurgischem Eingriff	1.800 EUR	2.400 EUR	3.000 EUR	900 EUR

Zahlungsmodalität

Zahlungsintervall: j hj vj m E

Zahlungsweise:

Verwaltungsagentur:

Inkassoagentur:

Zu versichernde Personen (Geben Sie bitte bei jeder der zu versichernden Personen unter Geschlecht und Verwandtschaftsgrad die entsprechende Schlüsselzahl an)

Verwandtschaftsgrad: 0 Policeninhaber 1 Ehepartner 2 Sohn 3 Tochter 4 Vater 5 Mutter 6 sonstiger Familienangehöriger 7 Weitere

Geschlecht: H Mann M Frau

1) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

2) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

3) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

4) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

5) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

6) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

7) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

8) Nachnamen:

Vorname:

Geschlecht:

Verwandtschaftsgrad:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Pers.- oder Ste. (N.I.F./C.I.E./N.I.E.):

Nationalität:

Code:

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER

Einleitende Klausel

Dieser Vertrag unterliegt dem Versicherungsgesetz 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 Gesundheitsklärung, 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 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 der Gesellschaft 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 und außerdem die während der Vertragslaufzeit erhaltenen Daten, auch die Daten aus Arztberichten oder -mitteilungen, die zur Vertragserfüllung beitragen, aufgenommen.

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 der Präventivmassnahmen und Förderung der Gesundheit und der zusätzlichen Dienstleistungen der Versicherung. 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 neue Produkte, Präventivmassnahmen und Förderung der Gesundheit 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 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, Bearbeitung, Eingrenzung und Einschätzung des Risikos, vorbeugen von Krankheiten und Förderung der Gesundheit. Diese Daten können aus vorhergehenden oder von aktuell gültigen Versicherungsverträgen stammen, oder aus medizinischen Berichten, die von autorisierten Medizinerinnen 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.

_____ den _____ Der Versicherungsnehmer
Unterschrift der zu versichernden Person,
wenn sie nicht begünstigter ist