

# ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

RAUM FREILASSEN FÜR ETIKETTIERUNG



DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud  
DKV Residentes • DKV Top Health®

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

Geschäftsstelle	Büro	Vers.-Zweig	Nummer	Unternummer	Anz. Pers.	Versicherungsbeginn	Ablaufdatum	1. Beitr.-Rechn.				
<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"/>				
						Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	

Bezeichnung der Arbeitsstelle

Kenn-Nr. der Arbeitsstelle

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

Geschäftsstelle	Büro	Vers.-Zweig	Vers.-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="checkbox"/> Änderung		
						Tag	Monat	Jahr

## Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Nachnamen oder Firmenbezeichnung

Vorname

Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Straße

Postleitzahl

Wohnort

Provinz

Telefonnummer

Handynummer

Faxnummer

Geburtsdatum

Gewünschte Kontaktaufnahme: Telefon  Handy  Fax  Private E-Mail  Geschäftliche E-Mail

Tag  Monat  Jahr

Geschäftliche E-Mail Adresse  @

Private E-Mail Adresse  @

Mann  Frau  Nationalität

Code

Tätigkeit

0 Selbstständig  1 Arbeitnehmer

Kastilisch/Spanisch  Katalanisch  Galizisch  Baskisch  Deutsch  Englisch

Beruf

Ersetzt Police: Geschäftsstelle  Büro  Versicherungsweig  Vers.-Nummer  Unternummer

Möchten Sie Informationen über die durchgeführten medizinischen Behandlungen erhalten? (gilt nur für DKV Integral und DKV Modular)  Ja  Nein  Ja  Nein  Wartezeiterlass

## Beitragszahlung

Zahlungsintervall

Zahlung

Verwaltungsagentur

Inkassoagentur

Police/Beitragsrechnung  0 Nein  1 Ja

Zweigstelle  Büro  Kontrollnummer  Kontonummer

## Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen

Zweigstelle  Büro  Kontrollnummer  Kontonummer

## Bankverbindung für Rückerstattungen

## Gewünschte Versicherungsmodalität

DKV Integral  Complet  Plus  Classic  Élite

DKV Modular (Bitte kreuzen Sie die gewünschten Deckungen an. Es muss mindestens eine Deckung für Krankheitsrisiken und eine Deckung für Unfälle gewählt werden)

Deckung bei Krankheiten  Allgemeinärztliche Behandlung  Facharztbehandlung und andere diagnostische Verfahren  Krankenhausaufenthalt  Medizinische Leistungen bei Unfällen

Deckung bei Unfällen: Basicó:  1  2  3  4  5

## DKV Mundisalud

Complet  Plus

Classic: A) Vollversicherung  B) Teilversicherung (stationäre Behandlungskosten)

Élite  Combinado  Elección

DKV Residentes  Basisdeckung  Basisdeckung + Rückführung  Basisdeckung + Rückführung + Best Care

DKV Top Health®  Ohne Selbstbehalt  Selbstbehalt 600 EUR  Selbstbehalt 1.200 EUR

Für alle Deckungen (Modular und Mundisalud mit Vollschutz):

Wünschen Sie den Einschluss bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Krankheiten oder Verletzungen) und/oder den aktuellen Zustand (z. B. Schwangerschaft) innerhalb des medizinischen DKV-Netzes durch Zahlung eines Zuschlages?

Ja  Nein

Gesamtbeitrag

Ein Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe.

*¡Vive la Salud!*

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

Verwandtschaftsgrad

Geschlecht

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

1) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

2) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

3) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

4) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

5) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

6) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

7) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf

8) Nachnamen  Vorname

Geschlecht  Verwandtschaftsgrad  Geburtsdatum    
 Personalausweis- oder Steuernummer N.I.F./C.I.F./N.I.E.  Nationalität  Code

Tag            Monat            Jahr

Beruf



# 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 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 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) Zur Abwicklung des Versicherungsverhältnisses. 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 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, 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.

Desweiteren erkläre ich, dass ich mir darüber im Klaren bin, dass DKV Seguros keine Leistungen für Gesundheitszustände erbringt, die vor Abschluss der Versicherung aufgetreten sind und nicht im Gesundheitsfragebogen angegeben wurden.

**Fragen zum Zahnstatus** (nur für DKV Top Health® und DKV Residentes).

Falls Sie eine der folgenden Fragen mit "Ja" beantworten, bitten wir Sie, dazu die ergänzenden Informationen im unten abgebildeten Schema auszufüllen.

**RAUM FREILASSEN FÜR  
ETIKETTIERUNG**

1. Wann wurde bei Ihnen die letzte Zahnbehandlung durchgeführt? Aus welchem Grund?

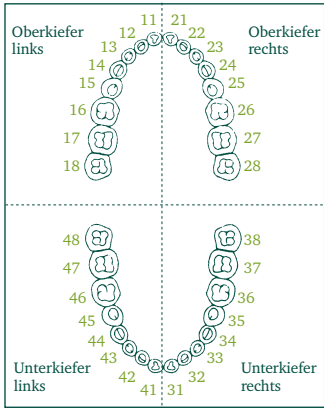
	Datum	Grund
Vers. 1	_____	_____
Vers. 2	_____	_____
Vers. 3	_____	_____
Vers. 4	_____	_____
Vers. 5	_____	_____
Vers. 6	_____	_____
Vers. 7	_____	_____
Vers. 8	_____	_____

2. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Untersuchungen bzw. Vorsorgetermine regelmäßig wahrgenommen?  
Wenn Ja, nennen Sie die durchgeführten Untersuchungen.

	Ja	Nein	
Vers. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Haben Sie eine zahnärztliche Behandlung durchführen lassen oder ist diese vorgesehen? Welche?

	Ja	Nein	
Vers. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Aktueller Zahnstatus (Zahnschema und Behandlungscode)

- A = fehlend
- B = beschädigt oder fehlerhaft
- C = ersetzt oder repariert

Nummer der zu versichernden Person	1	2	3	4	5	6	7	8
Zahn / Zahnstatus	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/

Die zu versichernden Personen erklären hiermit, alle Daten im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß angegeben zu haben. Es wurden keine Umstände bzw. Tatsachen verschwiegen, die einen Einfluss auf die Risikobewertung bzw. auf eine Ablehnung der gewünschten Leistungen haben können, deren Beurteilung Aufgabe der Versicherungsgesellschaft ist.

Unterschrift des Versicherungsnehmers