

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 der DKV Seguros ausgefüllt.)

Business form fields: Geschäftsstelle Büro, Vers.-Zweig, Vers.-Nummer, Unternummer, Anz. Pers., Versicherungsbeginn, Ablaufdatum, 1. Beitr.-Rechnung

Business form fields: Bezeichnung der Arbeitsstelle, Kenn-Nr. der Arbeitsstelle

Business form fields: (Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.) Geschäftsstelle Büro, Vers.-Zweig, Vers.-Nummer, Unternummer, Nachtragsdatum, Einschluss, Ausschluss, Änderung

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Personal form fields: Nachnamen oder Firmenbezeichnung, Vorname

Personal form fields: Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.E./C.I.E./N.I.E., Straße, Postleitzahl

Personal form fields: Wohnort, Provinz, Telefonnummer, Handynummer

Personal form fields: Faxnummer, Geburtsdatum, Gewünschte Kontaktaufnahme: Telefon, Handy, Fax, Private E-Mail, Geschäftliche E-Mail

Personal form fields: Geschäftliche E-Mail Adresse, Private E-Mail Adresse

Personal form fields: Mann, Frau, Nationalität, Code, Tätigkeit, Kastilisch/Spanisch, Katalanisch, Galizisch, Baskisch, Deutsch, Englisch

Personal form fields: Beruf

Personal form fields: Ersetzt Police: Geschäftsstelle Büro, Versicherungszweig, Vers.-Nummer, Unternummer

Personal form fields: Möchten Sie Informationen über die durchgeführten medizinischen Behandlungen erhalten? (gilt nur für DKV Integral und DKV Modular), Wartezeiterlass

Zahlungsmodalitäten

Payment form fields: Zahlungsintervall, Zahlung, Verwaltungsagentur, Inkassoagentur, Police/Beitragsrechnung

Payment form fields: Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen IBAN

Payment form fields: Bankverbindung für Rückerstattungen IBAN

Gewünschte Versicherungsmodalität

Insurance form fields: DKV Integral, Complet, Plus, Classic, Élite

Insurance form fields: Optionales Modul: Rückerstattung der Aufwendungen für Gynäkologie, Geburtshilfe und Kinderheilkunde

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

Insurance form fields: Deckung bei Krankheiten: Allgemeinärztliche Behandlung, Facharztbehandlung und andere diagnostische Verfahren, Krankenhausaufenthalt, Medizinische Leistungen bei Unfällen

Insurance form fields: Deckung bei Unfällen: Basicó, 1, 2, 3, 4, 5

DKV Mundisalud

Insurance form fields: Complet, Plus, Classic: A) Vollversicherung, B) Teilversicherung (stationäre Behandlungskosten), Élite

Insurance form fields: Elite, Combinado, Elección

Insurance form fields: DKV Residentes, Basisdeckung, Basisdeckung + Rückführung, Basisdeckung + Rückführung + Best Care

Insurance form fields: DKV Top Health®, Ohne Selbstbehalt, Selbstbehalt 600 EUR, Selbstbehalt 1.200 EUR

Für alle Deckungen (Modular und Mundisalud mit Vollschutz):

Ich möchte für solche Gesundheitszustände (Krankheiten und Verletzungen) und/oder medizinische Zustände (Schwangerschaft), die vor Abschluss dieser Versicherung vorhanden sind, Versicherungsdeckung im medizinischen Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios", beantragen gegen Zahlung eines versicherungsmedizinischen Zuschlags und entsprechender Risikoprüfung.

Insurance form fields: Gesamtbeitrag

Achten Sie gut auf Ihre Gesundheit



Cód. 2DNP1.FM/01_V11a
DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31. 50018 Zaragoza (Spanien) eingetragen im Handelsregister Zaragoza, Buch 1.711, Registerblatt 214, Seite Z - 15.152 CIF A-50004209
Mod. RE SOL-00002/Januar 2016

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

Verwandtschaftsgrad

Geschlecht

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

1) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

2) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

3) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

4) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

5) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

6) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

7) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

8) Nachnamen

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum		Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.				Nationalität				Code	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beruf		Tag	Monat	Jahr										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

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 spanische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen "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 den Kundendienst. Hierzu können Sie sich an die Hauptverwaltung der Versicherung per Post oder Telefax an die Anschrift Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 (50018 Zaragoza), per Telefon: 902 499 499 - 913 438 596 - 934 797 539, per Fax: 976 28 91 35 oder per E-Mail (defensacliente@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 DKV Seguros 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, die Zahlung der Versicherungsleistung, die Bearbeitung von Vorsorgeprogrammen und von Gesundheitsförderung sowie von zusätzlichen Service-Leistungen 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 zu DKV Seguros 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 zu DKV Seguros gehören, und/oder an andere Unternehmen, die mit 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 8021 (50018 Zaragoza) oder an die E-Mail Adresse: arco@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 - 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 für Krankheitsgeschehen erbringt, die vor Abschluss der Versicherung aufgetreten sind und nicht in der Gesundheitserklärung angegeben wurden.

In _____, den _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Fragen zum Zahnstatus (nur für 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.

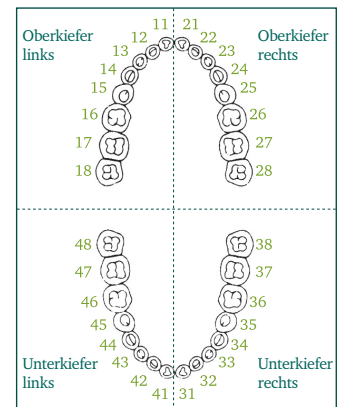
	Ja	Nein	
Vers. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vers. 5	<input type="checkbox"/>	<input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

Der Antragsteller/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.

In _____, den _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers