

ANTRAG AUF ZAHNABSICHERUNG

DKV Dentalud Individual •
DKV Dentalud Colectivo

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	Vers.-Nummer	Unternummer	Anzahl zu versichernde Personen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn		Typ Ablauf Versicherung		1. Beitragsrechnung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr	jährl. alle 12 Mon.	Kalenderjahr 31.12.	

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

Geschäftsstelle	Büro	Versicherungszeit	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
					Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Änderung
						<input type="checkbox"/> Servisalud (nur Dentalud)

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Nachnamen oder Firmenbezeichnung				Vorname							
<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Pers.-o. Steuer-Nr. 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"/>					
Tag		Monat		Jahr							
Geschäftliche E-Mail Adresse @				Private E-Mail Adresse @							
<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Mann	Frau	Nationalität	Code	Tätigkeit		Kastilisch/Spanisch	Katalanisch	Galizisch	Baskisch	Deutsch	Englisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig		Arbeitnehmer									
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									

Beruf

Ersetzt Police:	Geschäftsstelle	Büro	Versicherungszeit	Vers.-Nummer	Unternummer
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zahlungsmodalitäten

Zahlungsintervall	Zahlung	Verwaltungsagentur	Inkassoagentur	Police/Beitragsrechnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j hj vj m E				0 Nein 1 Ja

Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen

IBAN

Bankverbindung für Rückerstattungen

IBAN

Gewünschte Zahn-Versicherungsmodalität

<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Classic	<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Élite Compact
<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Colectivo Classic	<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Colectivo Élite Compact
<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Élite	
<input type="checkbox"/> DKV Dentalud Colectivo Élite	

Achten Sie gut auf Ihre Gesundheit



3DNPluFM/02_V9a
DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31 in 50018 Zaragoza (Spanien) eingetragen im Handelsregister Zaragoza, Buch 1-711, Registerblatt 214, Seite Z - 15152.
Mod. RE SOL-04403/Januar 2015

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

Verwandtschaftsgrad

Geschlecht

0 Hauptversicherter
 1 Ehepartner
 2 Sohn
 3 Tochter
 4 Vater
 5 Mutter
 6 Sonstiger Familienangehöriger
 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

Beruf

2) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

3) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

4) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

5) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

6) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

7) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

Beruf

8) Nachnamen Vorname

Geschlecht Verwandtschaftsgrad
 Geburtsdatum
 Pers.-o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.
 Nationalität Code

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 Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 (50018) 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 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:

- An jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder den Kundendienst. Hierzu können Sie sich an die Hauptverwaltung der Versicherung per Post oder Telefax an Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 (50018 Zaragoza), per Telefon: 902 499 499, 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 und 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 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 8021 (50018 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 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 _____, den _____ 20 _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers