

Antrag auf Krankenversicherung nach den Tarifen

AmbulantSTARTpur, AmbulantPLUS(pur), ZahnSTARTpur, ZahnPLUS(pur), ZahnTOP(pur)

| | |
|------------------------|-------|
| Versicherungsnummer(n) | 11087 |
|------------------------|-------|

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| Bereits Kunde KV <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | RINR |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|

Antragsteller/Versicherungsnehmer ist versicherte Person 1 soll nicht versichert werden

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort | | Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit: | |
| | Berufliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |
| Telefonnummer | Telefaxnummer | E-Mail | Mobilfunknummer | |

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontaktdaten** für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ankreuzen**

| | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer | <input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer | <input type="checkbox"/> ja, für E-Mail | <input type="checkbox"/> ja, für SMS |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsweise monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich 1/1-jährlich

Lastschriftverfahren
(Auch die Leistungen sollen bis auf Widerruf auf das nachstehende Konto überwiesen werden)

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81 ZZZ 0000103174**) ausgeführt.
Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugstermin informiert.

| | |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| IBAN (maximal 34 Stellen) | BIC (8 oder 11 Stellen) |
| Geldinstitut | Datum |
| Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber | |

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Zu versichernde Personen 2 und 3

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Person 2 | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch |
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers) | | Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit: | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet | Berufliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |
| Person 3 | Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch |
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers) | | Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit: | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet | Berufliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter Beihilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| | Gesetzliche Krankenkasse (vollständiger Name) | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert | Private Krankenversicherung | versichert seit |

Versicherungsbeginn/-dauer

Mindestvertragsdauer
Die Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den aktuell gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweils beantragten Tarif zugrunde liegen.
Bei Abschluss des Vertrages mit einem Minderjährigen beträgt diese ein Jahr.

Versicherungsbeginn

Beantragte Tarife

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> AmbulantSTARTpur | <input type="checkbox"/> AmbulantSTARTpur | <input type="checkbox"/> AmbulantSTARTpur | | <table border="1"> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Gesamtmonatsbeitrag Person 1</td> <td>Gesamtmonatsbeitrag Person 2</td> <td>Gesamtmonatsbeitrag Person 3</td> <td>Monatlicher Gesamtbeitrag aller Personen</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> </table> | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | Gesamtmonatsbeitrag Person 1 | Gesamtmonatsbeitrag Person 2 | Gesamtmonatsbeitrag Person 3 | Monatlicher Gesamtbeitrag aller Personen | EUR | EUR | EUR |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtmonatsbeitrag Person 1 | Gesamtmonatsbeitrag Person 2 | Gesamtmonatsbeitrag Person 3 | Monatlicher Gesamtbeitrag aller Personen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur | <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur | <input type="checkbox"/> AmbulantPLUSpur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AmbulantPLUS | <input type="checkbox"/> AmbulantPLUS | <input type="checkbox"/> AmbulantPLUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZahnSTARTpur | <input type="checkbox"/> ZahnSTARTpur | <input type="checkbox"/> ZahnSTARTpur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZahnPLUSpur | <input type="checkbox"/> ZahnPLUSpur | <input type="checkbox"/> ZahnPLUSpur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZahnPLUS | <input type="checkbox"/> ZahnPLUS | <input type="checkbox"/> ZahnPLUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur | <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur | <input type="checkbox"/> ZahnTOPpur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ZahnTOP | <input type="checkbox"/> ZahnTOP | <input type="checkbox"/> ZahnTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtmonatsbeitrag Person 1 | Gesamtmonatsbeitrag Person 2 | Gesamtmonatsbeitrag Person 3 | Monatlicher Gesamtbeitrag aller Personen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUR | EUR | EUR | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte lesen Sie vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen die „Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG“ auf Seite 4 dieses Antragsformulars unter dem Punkt „Wichtige Hinweise“.

Fragen an die zu versichernden Personen

Formular for questions regarding health status and insurance conditions for Person 1, Person 2, and Person 3. Includes checkboxes for various medical conditions and dental procedures.

Sonstiges

Ich bin mit folgender Vereinbarung für die Produktlinie Zahn (Tarife ZahnSTARTpur, ZahnPLUSpur, ZahnPLUS, ZahnTOPpur, ZahnTOP) einverstanden:
Entrichtung eines Beitragszuschlages zusätzlich zum tariflichen Beitrag pro fehlendem Zahn in Höhe von monatlich 5 EUR für Person 1 Person 2 Person 3.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG bzw. über den Status des angestellten Vermittlers wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann.

Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SIGNAL Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen
Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL Krankenversicherung a. G. Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen.

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL Krankenversicherung a. G.
Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung - Fortsetzung

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4 Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die SIGNAL Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“, und die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise und Schlussfolgerungen“ auf der Seite 4. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Ermächtigungen, Erklärungen und auch die „Wichtigen Hinweise und Schlussfolgerungen“ zum Inhalt dieses Antrages.

Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

SIGNAL Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (0231) 1 35 - 46 38

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens

30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Eine Zweitschrift dieses Antrages (Seiten 1 bis 4) habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

| | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum | Unterschrift Antragsteller | Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre | Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist. |
|-------|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Dienstleisterliste, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung vor Antragstellung in Textform erhalten.

| | |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Unterschrift Antragsteller | Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist. |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Ich erkläre nach § 11 (1) VersVerM und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

| | | | |
|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| Verm.-Nr. | Unterschrift Vermittler | Verm.-Nr. | Unterschrift Vermittler |
|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|

Antragsteller:

Antrag vom:

Wichtige Hinweise und Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Wichtige Hinweise

Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer **Vertragserklärung** alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Im Einzelnen bedeutet das: Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Erfolgt ein Rücktritt vom Vertrag, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie die Anzeigepflicht leicht fahrlässig verletzen, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Das kann zur Leistungsfreiheit führen, und zwar auch rückwirkend.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und weitere Datenschutzhinweise zum Antrag

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Verhaltensregeln abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren zentralen Kundenservice unter **SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund** oder die E-Mail-Adresse info@signal-iduna.de.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos an vorgenannte Adresse widersprechen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei Datenschutz unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder per E-Mail an datenschutz@signal-iduna.de.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Zusätzliche Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und den gesetzlichen Krankenversicherungen* mit denen die SIGNAL Krankenversicherung a. G. einen Kooperationsvertrag geschlossen hat:

Voraussetzung für die von mir beantragte, vergünstigte private Krankenversicherung ist eine bestehende Versicherung bei einer mit der SIGNAL Krankenversicherung a. G. kooperierenden gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Kooperation erfolgt im Rahmen des § 194 Abs. 1a SGB V. Innerhalb dieser Kooperation ist es notwendig, Daten auszutauschen. Ich willige ein, dass die SIGNAL Krankenversicherung a. G. berechtigt ist, meiner gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Kooperationsvertrages den Umfang und das Ende der Krankenzusatzversicherung weiterzugeben, um meiner gesetzlichen Krankenversicherung eine weitergehende Beratung zu ermöglichen. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine gesetzliche Krankenversicherung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Beendigung meiner Versicherung übermittelt, da hierdurch die Grundlage für die Vergünstigung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. entfällt. Da der Datenaustausch maschinell erfolgt, werden den Informationen die Anschrift und die notwendigen Verarbeitungsschlüssel hinzugefügt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialdatenschutzes § 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X finden Anwendung.

*IKK gesund plus, IKK Brandenburg und Berlin, IKK Nord, BKK Beiersdorf, BKK IHV, BKK exklusiv, BKK vor Ort, BKK Achenbach Buschhütten, Deutsche BKK, SIEMAG BKK, BKK S-H

