

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln · Stresemannstraße 111 · 10963 Berlin

DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft Köln/Berlin · Vorstand: Dr. Jan Boetius, Vorsitzender
 Dr. Roland Delbos · Günter Dibbern · Ingmar Douglas · Rainer Fürhaupter · Wilfried Schmieden · Dr. Michael Thiemermann (stellv.)
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Lothar Meyer
 Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg HRB 1590



Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe

Bitte nur die weißen Felder ausfüllen

Versicherungsantrag Tarif AS 12

00		PV	RP	
-----------	--	-----------	-----------	--

G.1	Vorname, Zuname der Antragstellerin/des Antragstellers		
	z. Zt. ausgeübter Beruf/Titel		
G.2	PLZ	IKZ	Wohnort
	Straße und Hausnummer		
	Telefon (privat/geschäftlich)		E-Mail

Vorläufige Deckungszusage für eine Auslandsreise-Krankenversicherung

(gültig für Versicherungsabschlüsse bis zum 31. 12. 2003)

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG übernimmt im Rahmen des Antrages und der AVB Versicherungsschutz für die genannten Personen.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Boetius
 Dr. Boetius

Dibbern
 Dibbern

Bevollmächtigter gem. § 22 AVB zur Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen

G.4	Vorname, Zuname		Postleitzahl	Ort
	Straße und Hausnummer		Telefon (privat/geschäftlich)	E-Mail

Ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss eines Krankenversicherungs-Vertrages zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes AS 12.

Person	Vorname, auch Antragsteller/in (und Zuname, falls abweichend von Antragsteller/in)			Geschl. 1)	Geburtsdatum			Versicherungsbeginn			Versicherungsdauer Monate	Zone	monatlicher Tarifbeitrag	
	G	5	0 1 0		Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr			Euro	Cent
1	G	5	0 1 0											
2	G	5	0 1 0											
3	G	5	0 1 0											
1) männlich = 1 weiblich = 2		Nationalität			Aufenthaltsland/-länder			Aufenthalt in Amerika (Nord-, Mittel-, Südamerika und Karibik) von bis						
		Person 1			Person 2			Person 3						

Ist eine der o. a. Personen bei der DKV versichert, bitte die entsprechende(n)

Versicherungs-Nummer(n) angeben:

/	/
---	---

Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf der Rückseite abgedruckten Erklärungen (Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und Entbindung von der Schweigepflicht) ab.

Datum Deutsche Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers (Vor- und Zuname)

G.3	OKZ	Fil.	Vermittler-Nr.
------------	-----	------	----------------

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto abgebucht wird. Auf dieses Konto sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Unterschrift des Kontoinhabers
 (falls abweichend vom Antragsteller) mit Vor- und Zunamen

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)		Bankleitzahl
Konto-Nr.		Geldinstitut
PLZ	in	

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch – unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages – für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragsstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Einzelheiten über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den in diesem Prospekt abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich den Tarifleistungen für Tarif AS 12 und dem Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über den Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen

(z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.