

Vermittler-Nr. _____ Registrierungs-Nr. _____ VSM _____

Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung

Antragsteller/Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Frau Herr Firma Akad. Titel _____ Adelstitel _____

Nachname _____ Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____ Nationalität _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Vorwahl _____ Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Jetzige Berufstätigkeit _____ Dienstherr _____

Arbeitnehmer Beamter öffentlicher Dienst selbstständig sonstige Berufsstellung _____

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** ja, für Telefonnummer ja, für E-Mail ja, für SMS

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

Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsweise (Mindestrate 15 EUR) monatl. 1/4-jährl. 1/2-jährl. 1/1-jährl.

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

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) – Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular DRK3813 ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren wird durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Neue Rabenstraße 15–19, 20354 Hamburg (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE73ZZ20000103997**) ausgeführt.

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 Einzugsstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.

D E _____

IBAN _____ BIC _____

Geldinstitut _____ Datum _____ Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber _____

Technische Daten

Versicherungsbeginn _____

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen den Abschluss einer Krankenversicherung.

Person 1 Frau Herr Akad. Titel _____ Adelstitel _____

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____ Berufstätigkeit _____ selbstständig Ja Nein

Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR	Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR
Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR	Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR
Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR	Tarif _____	Tarifbeitrag _____ EUR

Futura (3 EUR pro Monat) **Futura** (6 EUR pro Monat bei RZ)

PIT – gesetzl. Portabilität _____ EUR	10 % gesetzl. Zuschlag _____ EUR
---------------------------------------	----------------------------------

Krankentagegeld

Tarif pro _____	Höhe Tagegeld _____ EUR	Tarifbeitrag _____ EUR
Tarif pro _____	Höhe Tagegeld _____ EUR	Tarifbeitrag _____ EUR

Übrige Tarife

<input type="checkbox"/> H	Höhe Tagegeld _____ EUR	Tarifbeitrag _____ EUR
<input type="checkbox"/> BSA	Höhe _____ EUR	Tarifbeitrag _____ EUR

Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> PflegeTOP	Höhe Tagegeld _____ EUR	Tarifbeitrag _____ EUR
<input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB		Tarifbeitrag _____ EUR

Risikozuschlag

Risikozuschlag (auch Brillenzuschlag) _____ EUR

Zahnstaffel 1 gilt als anerkannt

Zahnstaffel 2 gilt als anerkannt

Erläuterung zur Zahnstaffel siehe Seite 6

Versicherungsnehmer

Nachname

Vorname

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Weitere Krankenversicherungen Bestehen, bestanden oder wurden beantragt?

Besteht Versicherungspflicht in der GKV? Nein Ja
Gesetzliche Kranken-/Pflegepflichtversicherung Nein Ja von ... bis ... TT/MM/JJ
GKV gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer
Private Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung Nein Ja von ... bis ... TT/MM/JJ
PKV gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer
Beihilfe/Heilfürsorge Nein Ja von ... bis ... TT/MM/JJ
Beihilfeträger
Private Zusatz-/Ergänzungsversicherung Nein Ja von ... bis ... TT/MM/JJ
PKV gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer
Art der Zusatzversicherung (z.B. stat., KT, KHT) Höhe KT, KHT EUR

Erklärung Beitragsrückstand

Ich erkläre, dass für mich beim derzeitigen Krankenversicherer kein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag besteht.

Ich bin damit einverstanden, dass der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a.G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei meinem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?

Nein Ja, Auslandsaufenthalt Ja, Grenzgänger

Person 2 Frau Herr Akad. Titel Adelstitel
Nachname Vorname

Geburtsdatum Nationalität Berufstätigkeit selbstständig Ja Nein
Tarif Tarifbeitrag EUR Tarif Tarifbeitrag EUR
Tarif Tarifbeitrag EUR Tarif Tarifbeitrag EUR
Tarif Tarifbeitrag EUR Tarif Tarifbeitrag EUR

Futura (3 EUR pro Monat) Futura (6 EUR pro Monat bei RZ)
PIT - gesetzl. Portabilität EUR 10% gesetzl. Zuschlag EUR

Krankentagegeld
Tarif pro Höhe Tagegeld EUR Tarifbeitrag EUR
Tarif pro Höhe Tagegeld EUR Tarifbeitrag EUR

Übrige Tarife
 H Höhe Tagegeld EUR Tarifbeitrag EUR
 BSA Höhe EUR Tarifbeitrag EUR

Pflegeversicherung
 PflegeTOP Höhe Tagegeld EUR Tarifbeitrag EUR
 PVN PVB Tarifbeitrag EUR

Risikozuschlag
Risikozuschlag (auch Brillenzuschlag) EUR

Zahnstaffel 1 gilt als anerkannt Zahnstaffel 2 gilt als anerkannt
Gesamtbeitrag EUR

Erläuterung zur Zahnstaffel siehe Seite 6 Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Weitere Krankenversicherungen Bestehen, bestanden oder wurden beantragt?

Besteht Versicherungspflicht in der GKV? Nein Ja
Gesetzliche Kranken-/Pflegepflichtversicherung Nein Ja von ... bis ... TT/MM/JJ
GKV gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer

Versicherungsnehmer

Private Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung Nein Ja von bis TT/MM/JJ

gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer

Beihilfe/Heilfürsorge Nein Ja von bis TT/MM/JJ

Private Zusatz-/Ergänzungsversicherung Nein Ja von bis TT/MM/JJ

gekündigt von wem Versicherungsnehmer Versicherer

EUR

Erklärung Beitragsrückstand

Ich erkläre, dass für mich beim derzeitigen Krankenversicherer kein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag besteht.

Ich bin damit einverstanden, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei meinem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?

Nein Ja, Auslandsaufenthalt Ja, Grenzgänger

Ergänzende Angaben zur Selbstständigkeit

Art der Tätigkeit freiberuflich gewerblich

Höhe des durchschnittlichen mtl. Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate EUR

Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG etc.? Nein Ja

Wenn ja, besteht Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall? Nein Ja

Wieviele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig?

Erklärung zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Ich beantrage die Beitragsvergünstigung in der PPV für Ehegatten, Kinder oder Studenten. Hierfür habe ich die spezielle Erklärung zur PPV ausgefüllt und unterschrieben beigelegt. Für die unterbrochen zurückgelegte Vorversicherungszeit bei einer privaten Krankenversicherung liegt der Nachweis bei.

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden, müssen die folgenden Fragen vor Vertragsabschluss wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es müssen auch die Umstände angegeben werden, die für Sie möglicherweise keine oder nur geringe Bedeutung haben. Sollte eine andere Person (z.B. der Versicherungsvertreter) beim Ausfüllen des Antrags geholfen haben, so vergewissern Sie sich bitte vor Unterschrift, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a.G. schriftlich nachzuholen (ein Hinweis ist unter Ziffer 7 aufzunehmen). Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der Seite 7 des Antrags entnehmen.

Wartezeiten

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten in der Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die dafür notwendigen Unterlagen erhalte ich vom Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenversicherung.

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

1. Größe und Gewicht

2. a) Findet **zurzeit** eine Behandlung statt oder **bestehen** Gesundheitsstörungen, Krankheiten, Beschwerden, Körperimplantate, Unfallfolgen oder Fehlstellungen, Fehlbildungen bzw. Funktionseinschränkungen von Extremitäten, Körperteilen oder Organen?

b) Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel genommen/angewendet?

c) Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation **angeraten bzw. vorgesehen**?

d) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?

e) Besteht eine Schwangerschaft? (Nicht zu beantworten für die Krankheitskostenvollversicherungstarife und dazugehörige Krankentagegeldtarife sowie für den Tarif futura z.)

f) Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. besteht eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit?

g) Bestanden in den letzten **3 Jahren** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden bzw. haben ambulante Behandlungen, Operationen, Beratungen oder Kontrollen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer stattgefunden?

h) Haben in den letzten **3 Jahren** Untersuchungen stattgefunden?

3. a) Haben in den letzten **5 Jahren** Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?

b) Sind in den letzten **10 Jahren** psychische oder Suchterkrankungen aufgetreten oder fanden psychologische, psychiatrische Behandlungen bzw. Beratungen statt?

Person 1

Ja Nein

Ja Nein

cm

kg

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Person 2

Ja Nein

Ja Nein

cm

kg

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

4. Sind Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Wehrdienstbeschädigungen oder andere Schädigungsfolgen anerkannt oder wurde deren Anerkennung beantragt?
5. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen bzw. wurden diese verordnet? (Augenerkrankungen bitte bei den vorhergehenden Fragen angeben) Dioptrien:

Ja Nein Ja Nein

Ja Nein Ja Nein

links

links

rechts

rechts

Datum (MM/JJJJ)

Datum (MM/JJJJ)

Zahnfragen (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 4 Jahre):

6. a) Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt?

Ja Nein

Ja Nein

- b) **Findet zurzeit** eine zahnärztliche Behandlung statt oder ist eine **angeraten**? (z.B. Parodontose, Zahnersatz, Austausch von provisorischem Zahnersatz etc.)

Ja Nein

Ja Nein

- c) Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung bzw. Kontrolle/Wiedervorstellung angeraten/vorgesehen oder wird sie bereits durchgeführt?

Ja Nein

Ja Nein

- d) Fehlen Zähne – außer Lückenschluss/Weisheitszähnen/Milchzähnen –, die **noch nicht** durch Zahnersatz **ersetzt wurden**?

Ja Anzahl fehlender Zähne

Ja Anzahl fehlender Zähne

Nein

Nein

- e) Sind Zähne seit mehr als 5 Jahren ersetzt? (Zahnersatz sind Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen)

Ja Anzahl ersetzter Zähne älter 5 Jahre

Ja Anzahl ersetzter Zähne älter 5 Jahre

Nein

Nein

Geben Sie bitte Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet wurden:

Wichtiger Hinweis, wenn schon bei uns krankenversichert: – Die Gesundheitsfragen 1 bis 6 sind stets zu beantworten. Werden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere Angaben unter Ziffer 7 nur dann erforderlich, wenn Einzelheiten uns noch nicht durch Einreichen von Rechnungen und/oder schriftliche Mitteilung bekannt geworden sind. Vorerkrankungen, Sehhilfen, fehlende oder ersetzte Zähne bzw. durchgeführte, laufende oder angeratene Zahnbehandlungen können gegebenenfalls die Vereinbarung von besonderen Bedingungen (Zuschlag, Leistungseinschränkung) oder eine Ablehnung bzw. Zurückstellung erfordern.

Pers. Nr.	Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, Arzneimittel, Untersuchungsergebnisse, Befund usw.	Operationen		Von wann bis wann? Wie oft aufgetreten?	Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt	Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser usw.	Liegt eine völlige Ausheilung vor?		
			Ja	Nein				Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sofern der Raum nicht ausreicht, tragen Sie bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt ein und verweisen bitte auf diese Anlage.

Beiblatt beigelegt? Ja

Erklärung im Rahmen des Gesetzes zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung)

Sind die Beiträge für den beantragten Versicherungsschutz nach dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung berücksichtigungsfähig, gilt:

Hiermit willige(n) ich/wir ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) den Finanzbehörden übermittelt werden. Sofern die Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) nachstehend nicht eingetragen oder nicht zutreffend ist, umfasst die vorstehende Einwilligung ebenfalls die Einwilligung in die Abfrage der Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Finanzen oder einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe.

Für folgende(n) Person(en) verweigere(n) ich/wir trotz der ggf. entstehenden Nachteile die Einwilligung:

Person	Steuer-ID	Person	Steuer-ID
1		2	

Nachname(n), Vorname(n)

Keine Einwilligung in die Datenübermittlung:

Mir/Uns ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge mindern bzw. ganz entfallen kann, wenn ich/wir diese Einwilligung nicht erteile(n) oder nach Erteilung von meinem/unserem Recht Gebrauch mache(n), meine/unsere Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Vertragsbestimmungen und Vertragsinformationen

Gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihnen die erforderlichen Vertragsbestimmungen und Vertragsinformationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform mit. Damit soll Ihnen Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe Ihres Antrags mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen. Sie werden damit Vertragsbestandteil.

Empfangsbestätigung

Ich habe das Produktinformationsblatt sowie die erforderlichen Vertragsbestimmungen und Vertragsinformationen

als Einzeldokumente gemäß Anlage zur Empfangsbestätigung (bitte beifügen)

oder

enthalten im Bedingungsheft

erhalten.

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

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. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance-Partner oder für den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach §203 StGB geschützter Daten

- durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Deutscher Ring Krankenversicherungsvereins a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Ich willige ein, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

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. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Deutscher Ring Krankenversicherungsvereins a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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, nicht in jedem Fall selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach §203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigelegt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse

info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein 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 auf den Seiten 6 und 7 die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, die Widerrufsbelehrung und die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und weitere Datenschutzhinweise zum Antrag. Sie werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrags. Mit Abschluss des Versicherungsvertrages sind sie Vertragsbestandteile.

Ort	Datum	
Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre bzw. bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter.	Unterschrift des Vermittlers

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/Daten-schutz/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.

Mir ist bewusst, dass ich der Verwendung meiner Daten zu Werbezwecken jederzeit widersprechen kann. Der Widerspruch ist zu richten an Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Neue Rabenstr. 15 – 19, 20354 Hamburg

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."

Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, unter Verwendung von Anschriftendaten, von der infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, bezieht und nutzt. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Informationen hierzu kann ich bei der oben genannten Firma jederzeit einholen.

Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, abweichend von den im Tarif genannten Höchstbeträgen, im 1. Versicherungsjahr auf X EUR, im 2. Versicherungsjahr auf X EUR, im 3. Versicherungsjahr auf X EUR, im 4. Versicherungsjahr auf X EUR und im 5. Versicherungsjahr auf X EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. (X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

Es gelten folgende Leistungseinschränkungen bzw. Staffeln:

Tarife Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX, und Comfort +		
Vers.-jahr	Staffel 1	Staffel 2
1.	600,- EUR	400,- EUR
2.	1.200,- EUR	800,- EUR
3.	1.800,- EUR	1.200,- EUR
4.	2.400,- EUR	1.600,- EUR
5.	3.000,- EUR	2.000,- EUR

Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind im 1. Versicherungsjahr auf X EUR, im 2. Versicherungsjahr auf X EUR, im 3. Versicherungsjahr auf X EUR, im 4. Versicherungsjahr auf X EUR und im 5. Versicherungsjahr auf X EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. (X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

Tarife BK, BD		
Vers.-jahr	Staffel 1	Staffel 2
1.	600,- EUR	400,- EUR
2.	1.200,- EUR	800,- EUR
3.	1.800,- EUR	1.200,- EUR
4.	2.400,- EUR	1.600,- EUR
5.	3.000,- EUR	2.000,- EUR

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauf folgenden Kalenderjahres.

Bei einem Wechsel in den Tarif gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

Über die im Tarif BK bzw. BD vereinbarte Leistungseinschränkung für zahnärztliche Behandlung hinausgehende Kosten gehören nicht zu den verbleibenden Kosten des Tarifes BE, BEW oder BKE bzw. nicht zu den erstattungsfähigen Kosten des Tarifes BDE.

Anzahl überkronter bzw. ersetzter Zähne älter 5 Jahre	Anzahl fehlender Zähne (ohne Weisheitszähne + Lückenschluss)							
	0	1	2	3	4	5	6	ab 7
0	OE	OE	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Ablehnung
1.	OE	OE	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Ablehnung
2.	OE	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Ablehnung
3.	OE	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Ablehnung
4.	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Staffel 2	Ablehnung
5.	Staffel 1	Staffel 1	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
6.	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
7.	Staffel 1	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
8.	Staffel 2	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
9.	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
10.	Staffel 2	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
11.	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
12.	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
13.	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Zahnstatus	Ablehnung
14.	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

OE = ohne Erschwerung

Der Zahnstatus wird zur unverbindlichen Prüfung angefordert

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Um Ihnen Versicherungsschutz bieten zu können, bitten wir Sie, die im Rahmen der Antragsaufnahme gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie ermöglichen uns damit die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Widerrufsrecht

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 Versicherungsvertragsgesetzes (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:

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Neue Rabenstr. 15–19, 20354 Hamburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

(040) 41 24-76 78.

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: Service@DeutscherRing-Kranken.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, 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. dem Versicherungsschein/Nachtrag. 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.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ich stimme gem. § 9 VVG zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.