ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud
DKV Residentes • DKV Top Health®

RAUM FREILASSEN FÜR ETIKETTIERUNG

DKV SEGUROS MÉDICOS

(Füllen Sie bitte nur die weißen Felder aus. Die schattierten Felder werden von der entsprechenden Abteilung von DKV Seguros ausgefüllt.)

Geschäftsstelle | Büro | Vers.-Zweig | Nummer | Unternummer | Anz. Pers. | Versicherungsbeginn (Tag, Monat, Jahr) | Ablaufdatum (Tag, Monat, Jahr) | 1. Beitr.-Rechnung

Bezeichnung der Arbeitsstelle | Kenn-Nr. der Arbeitsstelle

(Nur auszufüllen im Falle von Umstellungen Ihres Versicherungsschutzes.)

Geschäftsstelle | Büro | Vers.-Zweig | Vers.-Nummer | Unternummer | Nachtragsdatum (Tag, Monat, Jahr)

☐ Einschluss
☐ Ausschluss
☐ Änderung

Versicherungsnehmer (Bitte in Großbuchstaben)

Nachnamen oder Firmenbezeichnung | Vorname

Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Straße | Postleitzahl

Wohnort | Provinz | Telefonnummer | Handynummer

Faxnummer | Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) | Gewünschte Kontaktaufnahme: Telefon ☐ Handy ☐ Fax ☐ Private E-Mail ☐ Geschäftliche E-Mail ☐

Geschäftliche E-Mail Adresse @ | Private E-Mail Adresse @

Mann ☐ Frau ☐ | Nationalität | Code | Tätigkeit: 0 Selbstständig, 1 Arbeitnehmer | Kastilisch/Spanisch ☐ Katalanisch ☐ Galizisch ☐ Baskisch ☐ Deutsch ☐ Englisch ☐

Beruf

Ersetzt Police: Geschäftsstelle | Büro | Versicherungszweig | Vers.-Nummer | Unternummer

Möchten Sie Informationen über die durchgeführten medizinischen Behandlungen erhalten? (gilt nur für DKV Integral und DKV Modular) ☐ Ja ☐ Nein

Wartezeiterlass: Ja ☐ Nein ☐

Zahlungsmodalitäten

Zahlungsintervall: j hj vj m E | Zahlung | Verwaltungsagentur | Inkassoagentur | Police/Beitragsrechnung: 0 Nein, 1 Ja

Bankeinzugsermächtigung für Beitragszahlungen

Geldinstitut | Zweigstelle | Kontrollnummer | Kontonummer

Bankverbindung für Rückerstattungen

Geldinstitut | Zweigstelle | Kontrollnummer | Kontonummer

Gewünschte Versicherungsmodalität

☐ **DKV Integral** Complet ☐ Plus ☐ Classic ☐ Élite ☐

☐ **DKV Modular** (Bitte kreuzen Sie die gewünschten Deckungen an. Es muss mindestens eine Deckung für Krankheitsrisiken und eine Deckung für Unfälle gewählt werden)

Deckung bei Krankheiten
☐ Allgemeinärztliche Behandlung ☐ Facharztbehandlung und andere diagnostische Verfahren ☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Medizinische Leistungen bei Unfällen

Deckung bei Unfällen: Basicó: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ **DKV Mundisalud**

Complet ☐ Plus ☐

Classic: A) Vollversicherung ☐ B) Teilversicherung (stationäre Behandlungskosten) ☐

Élite ☐ Combinado ☐ Elección ☐

☐ **DKV Residentes** Basisdeckung ☐ Basisdeckung + Rückführung ☐ Basisdeckung + Rückführung + Best Care ☐

☐ **DKV Top Health®** Ohne Selbstbehalt ☐ Selbstbehalt 600 EUR ☐ Selbstbehalt 1.200 EUR ☐

Für alle Deckungen (Modular und Mundisalud mit Vollschutz):

Wünschen Sie den Einschluss bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Krankheiten oder Verletzungen) und/oder den aktuellen Zustand (z. B. Schwangerschaft) innerhalb des medizinischen DKV-Netzes durch Zahlung eines Zuschlages? ☐ Ja ☐ Nein

Gesamtbeitrag ___.___,___

¡Vive la Salud!

a member of MUNICH HEALTH

3DNPo.FM/01_V9a

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Avda. César Augusto, 33. 50004 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la Provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.º Z-15152. CIF: A-50004209

Mod. RE SOL-00002/Februar 2011

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

Verwandtschaftsgrad

0 Policeninhaber | 1 Ehepartner | 2 Sohn | 3 Tochter | 4 Vater | 5 Mutter | 6 Sonstiger Familienangehöriger | 7 Andere

Geschlecht

H Mann | M Frau

1) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

2) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

3) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

4) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

5) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

6) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

7) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

8) Nachnamen

Vorname

Geschlecht | Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E. | Nationalität | Code

Beruf

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

RAUM FREILASSEN FÜR ETIKETTIERUNG

Alle Fragen müssen detailliert beantwortet werden. Führen Sie bitte auch diejenigen Beschwerden, Krankheiten und Folgen von Unfällen auf, die Sie für unwichtig halten. Striche und Kreuze gelten nicht als Antwort. Falls Sie nicht genügend Platz haben, fügen Sie ein Blatt hinzu, auf welchem sich Ihr Name, das Datum und Ihre Unterschrift befinden.

Versicherungsnehmer

Pers.- o. Steuer-Nr. N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Persönliche Angaben der zu versichernden Personen

Die Reihenfolge der zu versichernden Personen entspricht der auf Seite 2 des Versicherungsantrages

zu versichernde Personen	1	2	3	4	5	6	7	8
Gewicht (Kg) / Größe (cm)	/	/	/	/	/	/	/	/
Tabakkonsum (T), Alkohol (A) und/oder Drogen (D) (im positiven Fall erklären Sie Art und Menge)	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D ....
Dioptrien: Auge rechts / Auge links	/	/	/	/	/	/	/	/

Fragen zur Gesundheit

Falls Sie eine der folgenden Fragen positiv beantwortet haben, bitten wir Sie um weitere Informationen in der entsprechenden Zeile der unten stehenden Tabelle und/oder stellen Sie uns weitere detaillierte medizinische Informationen zur Verfügung (stellen Sie klar, auf welche zu versichernde Person sich die Angaben beziehen, im Fall dass mehrere Personen versichert werden sollen):

1. Bestanden oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, angeborene Anomalien, Hörprobleme oder andere Symptome oder Schmerzen? (Spezifizieren Sie Ihre Angaben)
   ☐ Ja ☐ Nein .....
2. Haben Sie erhalten oder erhalten Sie oder ist es vorgesehen, irgendeine Art chirurgischer, medizinischer, pharmakologischer diäthetischer Behandlung oder sind Rehabilitionsmaßnahmen erfolgt? (z.B. Hypertonie) (Spezifizieren Sie Behandlungsmaßnahmen, Gründe und Zeitpunkte)
   ☐ Ja ☐ Nein .....
3. Waren Sie in einer stationären Behandlung oder ist ein Krankenhausaufenthalt vorgesehen? (Spezifizieren Sie Gründe und Zeitpunkte)
   ☐ Ja ☐ Nein .....
4. Hat man bei Ihnen eine diagnostische Untersuchung vorgenommen oder ist eine solche vorgesehen? (Spezifizieren Sie Art der Untersuchung, Gründe, Ergebnis und Zeitpunkt)
   ☐ Ja ☐ Nein .....

Tabelle für weitergehende medizinische Informationen:

PERS./NR. FRAGE	BEGINN/ENDE	GRUND	KÖRPERREGION	BEHANDLUNGEN	TESTS UND ERGEBNISSE	AKTUELLE SITUATION
BEISPIEL	2005	Rückenschmerzen wegen Umzug	Lendengegend	entzündungshemmende Mittel und Rehabilitation	TAC. Kleiner Leistenbruch	Nichts, ab und zu Schmerzen
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						

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 Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, und zwar dem Wirtschaftsministerium, vertreten durch die spanische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen "Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones".

Vertragsbestandteile sind der Antrag, die Gesundheitserklärung, die Allgemeinen, die Besonderen und Speziellen Vertragsbedingungen sowie die Zusatzvereinbarungen und Nachträge, die hierzu ausgefertigt werden. Gesetzesänderungen oder Hinweise auf gesetzliche Vorschriften bedürfen nicht der Zustimmung.

Versicherungsnehmer, versicherte Personen, Begünstigte, beteiligte Dritte oder deren Rechtsinhaber verfügen über folgende Reklamationsstellen zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung eventueller Unstimmigkeiten, die mit DKV Seguros auftreten können:

- Jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder der Kundendienst. Hierzu können sie sich an die Hauptverwaltung der Versicherung per Post oder Telefax an Avenida César Augusto, 33 (50004 Zaragoza), per Telefon: 902 499 499, per Fax: 976 28 91 35 oder per E-Mail (atencioncliente@dkvseguros.es) wenden. Der Kunde bestimmt, in welcher Weise und an welche Adresse er eine Antwort erhalten will. Die Beschwerde wird innerhalb einer Frist von zwei Monaten schriftlich beantwortet. In den Geschäftsstellen von DKV Seguros liegt das Beschwerdebuch des Kundenservices von DKV Seguros zur Einsicht bereit.
- Sollte nach Ablauf dieser Frist der Kunde der vorgeschlagenen Lösung nicht zustimmen, kann er sich an das "Comisionado para la Defensa del cliente de Servicios Financieros", mit Sitz in Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, wenden. Sollte dieser Weg gegen DKV Seguros eingeschlagen werden, beginnt ein öffentlicher Verwaltungsakt.
- Zusätzlich zu den genannten Beschwerdewegen kann der Kunde mit seiner Beschwerde auch den Gerichtsweg einschlagen.

Datenschutz

Der Versicherungsnehmer bestätigt, dass er ausdrücklich und eindeutig darüber informiert wurde, dass eine Datei besteht, für die DKV Seguros verantwortlich ist. In besagte Datei werden die persönlichen Daten (inklusive der Gesundheitsdaten), die dem Versicherungsantrag entnommen werden, aufgenommen und außerdem die während der Vertragslaufzeit erhaltenen Daten, auch die Daten aus Arztberichten oder -mitteilungen, die zur Vertragserfüllung beitragen.

Die persönlichen Daten können zu folgenden Zwecken benutzt werden:

a) Zur Abwicklung des Versicherungsverhältnisses. Dieser Vorgang umfasst unter anderem die Bewertung und Einschätzung des Risikos, die Leistungspflichtprüfung, das Inkasso der Beiträge, die Zahlung der Versicherungsleistung, die Bearbeitung von Vorsorgeprogrammen und von Gesundheitsförderung sowie von zusätzlichen Service-Leistungen der Versicherung. Zu diesem Zweck können die persönlichen Daten an die Leistungserbringer der versicherten Leistungen, an den Mitversicherer und/oder an den Rückversicherer, an den Vermittler, der am Zustandekommen des Versicherungsvertrages beteiligt war, sowie an die Finanzdienstleistungsgesellschaften, über die die Beitragszahlungen und die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgen, weitergegeben werden. Außerdem können diese Daten zu statistischen Zwecken oder im Kampf gegen betrügerische Absichten an Versicherungsgesellschaften, die zu DKV Seguros gehören oder an Institutionen weitergegeben werden, die öffentliche Dateien im Versicherungssektor führen.

b) Zur Information über Produkte, Vorsorgeprogramme und über Gesundheitsförderung sowie über zusätzliche Service-Leistungen. Hierfür können die persönlichen Daten an Unternehmen, die zu DKV Seguros gehören, und/oder an andere Unternehmen, die mit 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 90 (50080 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 der zu versichernden Personen beziehen - auch wenn diese sie nicht persönlich ausgefüllt haben - und erklärt, dass keine Umstände verschwiegen wurden, die die Bewertung des zu versichernden Risikos durch DKV Seguros hätten beeinflussen oder eine Ablehnung des Antrages herbeiführen können.

Gleichzeitig erkäre ich zu wissen, dass DKV Seguros keine Leistungen für Krankheitsgeschehen erbringt, die vor Abschluss der Versicherung aufgetreten sind und nicht im Gesundheitsfragebogen angegeben wurden.

_____, den_____ 201 _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers

Fragen zum Zahnstatus (nur für DKV Top Health® und DKV Residentes).

Falls Sie eine der folgenden Fragen mit "Ja" beantworten, bitten wir Sie, dazu die ergänzenden Informationen im unten abgebildeten Schema auszufüllen.

RAUM FREILASSEN FÜR ETIKETTIERUNG

1. Wann wurde bei Ihnen die letzte Zahnbehandlung durchgeführt? Aus welchem Grund?

	Datum	Grund
Vers. 1		
Vers. 2		
Vers. 3		
Vers. 4		
Vers. 5		
Vers. 6		
Vers. 7		
Vers. 8		

2. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Untersuchungen bzw. Vorsorgetermine regelmäßig wahrgenommen? Wenn Ja, nennen Sie die durchgeführten Untersuchungen.

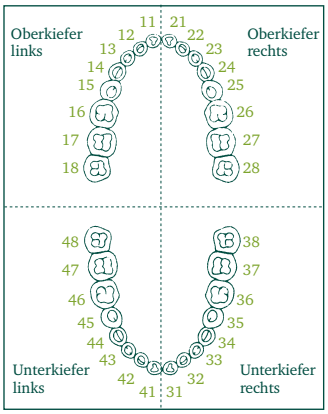
	Ja	Nein	
Vers. 1	☐	☐	
Vers. 2	☐	☐	
Vers. 3	☐	☐	
Vers. 4	☐	☐	
Vers. 5	☐	☐	
Vers. 6	☐	☐	
Vers. 7	☐	☐	
Vers. 8	☐	☐	

3. Haben Sie eine zahnärztliche Behandlung durchführen lassen oder ist diese vorgesehen? Welche?

	Ja	Nein	
Vers. 1	☐	☐	
Vers. 2	☐	☐	
Vers. 3	☐	☐	
Vers. 4	☐	☐	
Vers. 5	☐	☐	
Vers. 6	☐	☐	
Vers. 7	☐	☐	
Vers. 8	☐	☐	

Aktueller Zahnstatus (Zahnschema und Behandlungscode)

A = fehlend
B = beschädigt oder fehlerhaft
C = ersetzt oder repariert



Nummer der zu versichernden Person	1	2	3	4	5	6	7	8
Zahn / Zahnstatus	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/

Der Antragsteller/die zu versichernden Personen erklären hiermit, alle Daten im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß angegeben zu haben. Es wurden keine Umstände bzw. Tatsachen verschwiegen, die einen Einfluss auf die Risikobewertung bzw. auf eine Ablehnung der gewünschten Leistungen haben können, deren Beurteilung Aufgabe der Versicherungsgesellschaft ist.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

_____, den _____ 201 _____