

Versicherungsnummer  
11021

# Antrag auf Krankenversicherung

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.  Herr  Frau

## 1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)/ zu versichernde Person 1

Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Berufliche Tätigkeit, Familienstand, Beihilfe, Heilfürsorge, Dauer der Ausbildung, Gesetzl. Krankenkasse, freiwillig/pflichtversichert, versichert seit

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 aus diesem Antrag unter den Ziffern 1, 2, 3, 4, 5 für die Brief-, Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen.

## 2 Zu versichernde Person

Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Berufliche Tätigkeit, Familienstand, Beihilfe, Heilfürsorge, Dauer der Ausbildung, Gesetzl. Krankenkasse, freiwillig/pflichtversichert, versichert seit

## 3 Beitragszahlung

Zahlungsweise, Kontonummer, Bankleitzahl, Geldinstitut, Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers

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 2-wöchigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

## 4 Versicherungsbeginn und beantragter Versicherungsschutz

Ich beantrage eine Kranken-Zusatzversicherung wie nachstehend angekreuzt ab Versicherungsbeginn: Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren, bei Abschluss des Vertrages mit einem Minderjährigen für ein Jahr, geschlossen.

Person 1/2: Ausbildungsbeitrag, Komfort-Zahn, Komfort-PLUS, Komfort-TOP, EKTG43-20 EUR, PflegeUNFALL, PflegeSTART, Monatsbeitrag - Person 1, Person 2, Monatlicher Gesamtbeitrag

## 5 Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte lesen Sie vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen die „Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG“ auf Seite 2 dieses Antragsformulars unter dem Punkt „Wichtige Hinweise“.

## 6 Fragen an die zu versichernden Personen

Für Komfort-Zahn, Komfort-PLUS, Komfort-TOP immer die Fragen 1, 2 u. 3 (für Z 50) beantworten, für EKTG zusätzlich die Frage 4, für den Tarif PflegeSTART die Fragen 1, 2, 5, 6 und 7 beantworten. (Für die Tarife KlinikUNFALL und PflegeUNFALL sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten)

## 7 Sonstiges

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 wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die nachstehenden Erklärungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise und Schlussserklärungen“ auf Seite 2. Die Schlussserklärungen enthalten unter anderem die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise und Schlussserklärungen“ zum Inhalt dieses Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf der Seite 2 bestätigen.

Widerrufsrecht des Antragstellers Meine Vertragserklärung kann ich ab Stellung des Antrags bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der

Datum, Unterschrift Antragsteller, Unterschriften der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

## Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich auf meinen Wunsch hin am folgende Vertragsunterlagen in Papierform / elektronisch gemäß beiliegender Empfangsbestätigung erhalten.

Erklärung und Unterschrift Vermittler Ich erkläre nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler / Mehrfachvermittler / Makler

Verm.-Nr., Unterschrift Vermittler, HV Dortmund, HV Hamburg

# Wichtige Hinweise und Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

## Wichtige Hinweise

Der Neuausschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankentagegeld- oder Pflegetagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

### Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer **Vertragsklärung** 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 und 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, beehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig oder leicht fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Außerdem ist in diesem Fall 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 und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

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.

### Hinweis zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Krankenversicherung

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall werden wir ggf. Nachfragen bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden halten. Derartige Nachfragen und Datenerhebungen werden nur

per Post an  
**Signal Iduna Generalagentur Martin Haag**  
**Max-Eyth-Straße 15**  
**78194 Immendingen**

per Fax an  
**07462 / 1408**

Das Pflegetagegeld beträgt mindestens 20 EUR und maximal 100 EUR einschließlich weiterer Pflegetagegelder.

## Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind. Wird der Erlass der Wartezeiten für Krankenversicherungstarife ohne Wartezeitverzicht aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt und gehen die Untersuchungsberichte nicht innerhalb von drei Wochen, nachdem ich die Vordrucke erhalten habe, beim Versicherer ein, dann sind für diese Tarife die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

### 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/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler 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 Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Folgende Einwilligungserklärung gilt nur für gesetzlich Krankenversicherte, wenn zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und einer gesetzlichen Krankenversicherung ein entsprechender Kooperationsvertrag besteht:

**Zusätzliche Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. mit einer gesetzlichen Krankenversicherung, die mit der 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.

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

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe														
FD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-FD	Antrags-Nr.	Ext-Nr.	VB									
ADVNR 1		Proz-VP 1	Proz-WS 1	PA 1	ADVNR 2		Proz-VP 2	Proz-WS 2	PA 2	ADVNR 3		Proz-VP 3	Proz-WS 3	PA 3

<b>Recherche FD / Antragsprüfung FD</b> <input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.	Datum	Funktionsstelle	Einw.-Nr.	Unterschrift	Tel.-Nr.
--	-------	-----------------	-----------	--------------	----------

Bearbeitungsvermerke		
Datum	Funktionsstelle/Name	Unterschrift