

# Antrag auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung

Die Tarife der Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden in rechtlich selbstständigen, voneinander unabhängigen Verträgen geführt. Zur Vereinfachung wird nachfolgend nur von Antrag bzw. Vertrag in der Einzahl gesprochen.

Versicherungsnummer(n)	11012
Bereits Kunde KV <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	RINR (KV)
	RINR (PPV)

Dieser Antrag gilt für den Abschluss von Tarifen der Marken SIGNAL IDUNA und Deutscher Ring Krankenversicherung. Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

## Antragsteller/Versicherungsnehmer ist zu versichernde 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
	Straße Hausnummer		PLZ Wohnort	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		Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> sonstiger Berufsstand		Beihilfeverordnung <input type="checkbox"/> pauschale Beihilfe seit dem <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)		
<input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Referendar: Dauer der Ausbildung/des Studiums von <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/>		Beihilfesätze <input type="text"/> % ambulant <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="text"/> % Wahlleistung stationär		<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP) <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähiger Angehöriger	
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 <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich	<b>Lastschriftverfahren</b> (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 IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt.

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA 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 Einzugsstermin informiert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<b>Person 2</b>					
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname		Akademischer Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch
	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		Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> sonstiger Berufsstand		Beihilfeverordnung <input type="checkbox"/> pauschale Beihilfe seit dem <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)		
<input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Referendar: Dauer der Ausbildung/des Studiums von <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/>		Beihilfesätze <input type="text"/> % ambulant <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="text"/> % Wahlleistung stationär		<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP) <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähiger Angehöriger	
<b>Person 3</b>					
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname		Akademischer Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch
	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		Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> sonstiger Berufsstand		Beihilfeverordnung <input type="checkbox"/> pauschale Beihilfe seit dem <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)		
<input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Referendar: Dauer der Ausbildung/des Studiums von <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/>		Beihilfesätze <input type="text"/> % ambulant <input type="text"/> % Regelleistung stationär <input type="text"/> % Wahlleistung stationär		<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP) <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähiger Angehöriger	

Antragsteller:

Antrag vom:

**Zu versichernde Personen 4 - Fortsetzung**

<b>Person 4</b>	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	Branche		
	Beziehungsstatus zum Antragssteller/Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Verheiratet mit <input type="checkbox"/> In Lebensgemeinschaft mit <input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Elternteil von <input type="checkbox"/> Mündel von <input type="checkbox"/> Enkelkind von <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von <input type="checkbox"/> Geschäftsführer von <input type="checkbox"/> Gesellschafter von <input type="checkbox"/> Angestellter von <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> sonstiger Berufsstand			
	<input type="checkbox"/> Schüler an weiterbildender Schule <input type="checkbox"/> AZUBI <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Referendar: Dauer der Ausbildung/des Studiums von _____ bis voraussichtlich _____		Beihilfeverordnung seit dem _____	Beihilfesätze _____ % ambulante _____ % Regelleistung stationär _____ % Wahlleistung stationär <input type="checkbox"/> pauschale Beihilfe <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP) <input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähiger Angehöriger

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
<b>Ist in den nächsten 18 Monaten ein Auslandsaufenthalt für mehr als 6 Monate geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? (Falls ja, bitte Zusatzformular beifügen)</b> Bitte beachten Sie den Hinweis "Erläuterung Grenzgänger" auf der Seite 8 des Antrages.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger
<b>Liegt eine RiVo-ID der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. vor?</b>	RiVo-ID <input style="width:80%;" type="text"/>	RiVo-ID <input style="width:80%;" type="text"/>	RiVo-ID <input style="width:80%;" type="text"/>	RiVo-ID <input style="width:80%;" type="text"/>

**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 bzw. zu ändernde Tarife (Bestehende und nicht angegebene Tarife bleiben unverändert.)**

Person 1			Person 2		
Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag	Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag
<b>Zuschlag</b>	⇒		<b>Zuschlag</b>	⇒	
<b>gesetzlicher Vorsorgezuschlag</b>	⇒		<b>gesetzlicher Vorsorgezuschlag</b>	⇒	
<b>Gesamtmonatsbetrag Person 1</b>	⇒		<b>Gesamtmonatsbetrag Person 2</b>	⇒	

Antragsteller:

Antrag vom:

**Beantragte Tarife bzw. zu ändernde Tarife (Bestehende und nicht angegebene Tarife bleiben unverändert.) - Fortsetzung**

Person 3			Person 4		
Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag	Tarife bisher	Tarife neu	Beträge in EUR Monatsbeitrag
Zuschlag	⇒		Zuschlag	⇒	
gesetzlicher Vorsorgezuschlag	⇒		gesetzlicher Vorsorgezuschlag	⇒	
Gesamtmonatsbetrag Person 1	⇒		Gesamtmonatsbetrag Person 2	⇒	
Monatlicher Gesamtbetrag aller Personen	⇒		Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der deutschen Versicherungsteuer befreit. Bei einem längerem Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen.		

**Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht**

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG auf der Seite 8 dieses Antragsformulars unter dem Punkt "Wichtige Hinweise".

**Fragen an die zu versichernden Personen**

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht. Solche Untersuchungen werden weder verlangt noch deren Ergebnisse oder Daten verwendet. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen oder Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.  
**Wichtiger Hinweis, wenn schon bei uns krankenversichert:** Die nachstehenden Fragen sind immer zu beantworten. Werden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere Angaben unter Ziffer 15 erforderlich. Sind uns Einzelheiten durch Einreichen von Rechnungen und/oder schriftliche Mitteilung bereits bekannt, ist dies unter Ziffer 15 zu vermerken.

Die Fragen 2 - 14 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 15 zu machen.	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1 Größe <span style="float:right">cm</span>				
Gewicht <span style="float:right">kg</span>				
2 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet? Bitte Dioptrienwerte unter Ziffer 15 angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4 <b>Die nachstehende Frage ist nicht zu beantworten für Krankheitskostenvollversicherungstarife und dazugehörige Krankentagegeldtarife sowie die Optionstarife Futura, flexSI, flexSI-B und flexSIprivat:</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5 Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6 Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, (Kontroll-)Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9 Erfolgt in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10 Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) oder Behandlungen/ Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Die nachstehenden Fragen sind erst ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren für alle Tarife mit Zahnkostenerstattung sowie Tarife mit Optionsrecht zu beantworten. Für die Tarife ZahnBASISpur und Z50-3 ist nur die Frage 11 zu beantworten:</b>				
11 Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlerstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung bzw. Kontrolle/Wiedervorstellung angeraten/vorgesehen oder wird sie bereits durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12 Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose/Parodontitis)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13 Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder sind diese angeraten (z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14 Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss/Weisheitszähne/Milchzähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für „keine“ bitte eine „0“ eintragen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
a) Anzahl fehlende Zähne	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
b) Anzahl ersetzte/überkronte Zähne:	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
davon älter als 5 Jahre:	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
Sofern Zähne vor weniger als 5 Jahren ersetzt oder überkront wurden, ist für Vollversicherungs- und Beihilfetarife der Name und die Anschrift des behandelnden Zahnarztes unter Ziffer 15 anzugeben.				

Antragsteller:

Antrag vom:

Fragen an die zu versichernden Personen - Fortsetzung

Table with 10 columns: Person Nr., Frage Nr., Dioptrienwerte rechts/links, Art der Krankheit, Behandlungsdaten, Operation, behandlungs-/beschwerdefrei, Folgerscheinungen. Includes instructions for completion.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben)

Vorversicherungen/bestehende Versicherungen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns auch diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten...

Table with 5 columns: Question (1-6), Person 1, Person 2, Person 3, Person 4. Contains questions about existing insurance and health care.

Nähere Angaben zu den Fragen 1. - 6. - Bitte geben Sie zumindest alle Vorversicherungen der letzten zwei Jahre vor dem beantragten Versicherungsbeginn an:

Table with 10 columns: Person Nr., Art der Versicherung, Zur GKV, Gesellschaft (VR)/GKV/Beihilfeverordnung, Versicherung beantragt am/besteht/bestand von - bis, Krankenhaus-tagegeld, Pflege(-tage)-geld, Kranken(-tage)-geld, ab .... Tag der Arbeitsunfähigkeit, Kurtagegeld in EUR.

Zusatzklärung für Versicherte aus der Privaten Krankenversicherung. Besteht für den Antragsteller (VN) und/oder für eine der zu versichernden Personen beim derzeitigen privaten Krankversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?

Es steht Ihnen frei, die nachstehende Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Angabe zum Hausarzt bei Beantragung der Tarife (R)-START-B/ (R)-KOMFORT-B/ (R)-START/ (R)-START-PLUS/ (R)-KOMFORT

Table with 2 columns: Person 1, Person 2, Person 3, Person 4. Contains fields for doctor name and specialty.

Table with 5 columns: Question, Person 1, Person 2, Person 3, Person 4. Contains questions about waiting periods and insurance calculation.

Antragsteller:

Antrag vom:

Ergänzende Angaben zur Selbstständigkeit

zu Person: Vorname
Höhe des durchschnittlichen monatlichen Gewinns (gemäß § 4 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) der letzten 12 Monate (in EUR)?
Art der Tätigkeit freiberuflich gewerblich Name des Unternehmens
Selbstständig seit:
Wie viele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig (mit Ausnahme von Familienangehörigen)? Anzahl

Erklärung für geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH/ OHG etc. zu einem beantragten Krankentagegeld

zu Person: Vorname
Besteht eine Beteiligung am Stammkapital von mindestens 50 %?
Werden Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt?

Zusätzliche Angaben zur Pflegepflichtversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beitragsfreie Kinder (Bitte nur ausfüllen, wenn Ihre Kinder bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. pflegepflichtversichert werden sollen)
Ermäßigung des Beitrages für Studenten
Begrenzung des Beitrages für privat pflegepflichtversicherte Ehepaare und eingetragene Lebensgemeinschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
Name, Vorname
Falls ein Ehepartner/Lebenspartner bzw. bei Alleinversicherung von Kindern ein Elternteil nicht bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert ist, bitte folgende Angaben ergänzen:

Sonstiges

Empty box for additional information.

Ich bin mit folgender Vereinbarung von Beitragszuschlägen für die Produktlinien privat/Beihilfe/Zahn einverstanden (siehe Seite 8 im Abschnitt "Wichtige Hinweise" den Punkt „Erläuterung der Produktlinien und Hinweis zur Höhe der monatlichen Beitragszuschläge“ zu den beantragten Tarifen):
Entrichtung eines monatlichen Beitragszuschlages zusätzlich zum tariflichen Beitrag in Höhe von:
für Sehhilfen (Brillen/Kontaktlinsen)/Operationen zur Sehschärfenkorrektur\* für fehlende Zähne
5 EUR 10 EUR 20 EUR
Person 1 Person 2 Person 3 Person 4
5 EUR pro fehlendem Zahn
Person 1 Person 2 Person 3 Person 4
Für die Tarife (R-)START-B, (R-)KOMFORT-B und (R-)EXKLUSIV-B gelten die angekreuzten Zuschläge multipliziert mit der versicherten Prozentstufe (z. B. START-B 30: Zuschlag 5 EUR x 30 % = 1,50 EUR).
Sofern zu dem Tarif (R-)KOMFORT-B zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E bzw. (R-)KOMFORT-B-E1 oder zu dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E bzw. (R-)EXKLUSIV-B-E1 besteht bzw. nachversichert wird, ist der Beitragszuschlag für Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur\* im Tarif (R-)KOMFORT-B bzw. (R-)EXKLUSIV-B in voller Höhe zu entrichten.
\* Soweit der jeweilige Tarif/ auch zukünftige Tarife diese Leistungsposition vorsieht.

Ich bin mit Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze bzw. mit der Vereinbarung von Zahnhöchstätzen für die Produktlinien privat/Beihilfe, wie auf der Seite 9 im Abschnitt "Wichtige Hinweise - Fortsetzung" unter „Hinweise zur Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze/Vereinbarung von Zahnstaffeln“ erläutert, einverstanden.
Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Ich bin mit folgender Vereinbarung für die Tarife Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX, Comfort +, Prime der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung einverstanden:
Risikozuschlag für Sehhilfen (Brillen/Kontaktlinsen) Zahnstaffel 1\* Zahnstaffel 2\*
(Betrag siehe Abschnitt „Beantragte Tarife, Feld „Zuschlag“)
Person 1 Person 2 Person 3 Person 4
Person 1 Person 2 Person 3 Person 4
\* (siehe Seite 9 im Abschnitt „Wichtige Hinweise - Fortsetzung“ die „Hinweise zur Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze/zur Vereinbarung von Zahnstaffeln“)

Wichtig: Die jeweilige Vereinbarung von Beitragszuschlägen/Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen gilt dauerhaft (Ausnahmen: Es wird in einen Tarif umgestellt, der keinen entsprechenden Zuschlag/Leistungsausschluss vorsieht. Sieht ein Tarif höhere Zuschläge vor, erfolgt nach Absprache mit Ihnen ggf. eine Anpassung). Sofern eine Anwartschaftsversicherung geführt wird, ist der Zuschlag erst ab Aktivierung zu entrichten.

Erklärung im Rahmen des Gesetzes zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung)
Sind die Beiträge für den gewünschten Versicherungsschutz nach dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung berücksichtigungsfähig, gilt:

Es steht Ihnen frei, die nachstehende Einwilligung nicht abzugeben und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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.

Person VN/1 Steuer-ID (11 Ziffern) Person 2 Steuer-ID (11 Ziffern)
Person 3 Steuer-ID (11 Ziffern) Person 4 Steuer-ID (11 Ziffern)
Ich/wir willige(n) nicht in die Datenübermittlung ein:
Name, Vorname VN/Person 1 Name, Vorname Person 2
Name, Vorname Person 3 Name, Vorname Person 4

**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.

 **Hiermit erteile ich meine 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.**

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 Heilberufes 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 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.**

Die SIGNAL IDUNA 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. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA 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 IDUNA Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die SIGNAL IDUNA 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, 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.signal-iduna.de/dienstleisterliste](http://www.signal-iduna.de/dienstleisterliste) eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter *SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund* oder der Mailadresse [info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA 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 IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 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**

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

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA 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.



### Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zur Verfügung gestellt. Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter [www.signal-iduna.de/datenschutzinfo](http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo). Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

### Einwilligungen zur Datenverarbeitung

Die folgenden Einwilligungen sind, gegebenenfalls abhängig vom gewählten Versicherungsschutz, für die Antragsprüfung sowie die Begründung und Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlich. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss des Versicherungsvertrages in der Regel nicht (betrifft Einwilligung Wirtschaftsauskünfte) bzw. nicht zu den gewünschten Konditionen (betrifft Einwilligung Gewerkschaftszugehörigkeit und Datenaustausch Kooperationspartner) möglich sein wird.

Wir weisen darauf hin, dass sowohl der Antragsteller/Versicherungsnehmer als auch die zu versichernden Personen ab dem 16. Lebensjahr mit ihren Unterschriften die folgenden Einwilligungen abgeben.

#### Einwilligungserklärung bei Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

#### Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)

Ich willige ein, dass der Versicherer bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung, eines Optionstarifs auf eine Krankheitskostenvollversicherung und/oder eines Krankentagegeldes zum Zwecke des Vertragsabschlusses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, unter Verwendung von Anschriftendaten, von der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und von der Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstraße, 30, 10317 Berlin, bezieht und nutzt. Informationen hierzu kann ich bei den oben genannten Firmen jederzeit einholen.

Im Zuge der Einholung vorgenannter Wirtschaftsauskünfte willige ich nach § 20 Personalausweisgesetz (PAuswG) ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die sich aus einer Ablichtung des Personalausweises ergebenden personenbezogenen Daten verarbeitet.

#### Zusätzliche Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. und den gesetzlichen Krankenversicherungen\* mit denen die SIGNAL IDUNA 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 IDUNA 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.

\*IKK gesund plus, IKK Brandenburg und Berlin, IKK Nord, DAK Gesundheit, BKK exklusiv, SIEMAG BKK, BKK ProVita, BKK Verkehrsbau Union (VBU), BARMER, Viactiv BKK

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA 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 IDUNA Krankenversicherung a. G. die Beendigung meiner Versicherung übermitteln, da hierdurch die Grundlage für die Vergünstigung bei der SIGNAL IDUNA 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 Sozialdatenschutzgesetzes § 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X finden Anwendung.

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung“, die „Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten“, die „Einwilligungen zur Datenverarbeitung“ und die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise“ auf den Seiten 8 und 9. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Ermächtigungen, Erklärungen und auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.**

**Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderungen werde ich die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachrichten. 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 IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund.  
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 135-4638

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: [info@signal-iduna.de](mailto: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 9) habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist.

### Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Informationen, 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

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

### Erklärung und Unterschrift Vermittler

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

ADVNR

Unterschrift Vermittler

ADVNR

Unterschrift Vermittler

**Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Abschnitt „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.**

## Wichtige Hinweise

### 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.

#### Beitragsfreiheit oder Beitragsermäßigungen in der PPV

Bei Gewährung von Beitragsfreiheit oder Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung gilt als Gesamteinkommen die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Dazu zählen u. a. das Entgelt aus einer Beschäftigung, Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft.

Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Hinsichtlich der Beitragsfreiheit für Kinder bleibt das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, außer Betracht.

Nicht zum Gesamteinkommen zählen z. B. Mutterschafts-/Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG oder Wohngeld.

Der sich so ergebende Betrag wird um Einkünfte aus Kapitalvermögen bis zum Sparerpauschbetrag und die Werbungskosten/Betriebsausgaben vermindert. Nicht abzugsfähig sind in diesem Zusammenhang z. B.: Altersentlastungsbetrag, Sonderausgaben, außergewöhnliche Belastungen, Kinder- und Haushaltsfreibeträge.

#### Aufgabe Vorversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

#### Erläuterung Grenzgänger

Grenzgänger sind Personen, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und in einem angrenzenden Nachbarland arbeiten. Sie kehren in der Regel täglich oder mindestens einmal wöchentlich an ihren deutschen Wohnsitz zurück.

#### Erläuterung der Produktlinien und Hinweis zur Höhe der monatlichen Beitragszuschläge

Produktlinien/Tarife (auch R-Versionen)	Fehlsichtigkeit bis +/- 7,9 Dioptrien	Fehlsichtigkeit ab +/- 8 Dioptrien	Pro fehlendem Zahn
Produktlinie privat: ● START ● START-PLUS ● KOMFORT	5 EUR	10 EUR	5 EUR
Produktlinie Beihilfe: ● START-B * ● KOMFORT-B * ● KOMFORT-B mit KOMFORT-B-E oder KOMFORT-B-E1			
Produktlinie privat: ● KOMFORT-PLUS ● EXKLUSIV ● EXKLUSIV-PLUS	10 EUR	20 EUR	
Produktlinie Beihilfe: ● EXKLUSIV-B * ● EXKLUSIV-B mit EXKLUSIV-B-E oder EXKLUSIV-B-E1			
Produktlinie Zahn: ● ZahnSTARTpur ● ZahnPLUS(pur) ● ZahnTOP(pur)			

\* Die angegebenen Beitragszuschläge gelten multipliziert mit der versicherten Prozentstufe. Wenn ein Ergänzungstarif mitversichert wird, ist der Beitragszuschlag für Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur in voller Höhe zu zahlen.



Antragsteller:

Antrag vom:

**Wichtige Hinweise - Fortsetzung**

**Hinweise zur Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze/zur Vereinbarung von Zahnstaffeln**

Bei Neuabschluss von Vollversicherungs- und Beihilfetarifen mit Zahnkostenerstattung gilt folgendes Bewertungsschema:

		Anzahl fehlender Zähne aus Frage 14 a (ohne Weisheitszähne/Milchzähne und Lückenschluss)						
		0	1	2	3	4	ab 5	
Anzahl ersetzter Zähne älter 5 Jahre aus Frage 14 b	0	OE	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung
	1	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung
	2	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	3	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	4	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	5	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	6	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	7	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	8	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	9	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
ab 10	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	

OE = ohne Erschwerung  
Verl. ZHS = Verlängerung Zahnhöchstsätze

Bei Neuabschluss gelten folgende Vereinbarungen und Zahnhöchstsätze:

Tarife	(R-)START (R-)START-PLUS (R-)START-B	(R-)KOMFORT	(R-)KOMFORT-PLUS (R-)EXKLUSIV (R-)EXKLUSIV-PLUS	(R-)KOMFORT-B	(R-)EXKLUSIV-B
Vereinbarung	Die tarifliche Leistungsbegrenzung für zahnärztliche Behandlungen für die ersten vier Versicherungsjahre gilt erneut auch für die folgenden vier Versicherungsjahre (fünfte bis einschließlich achte Versicherungsjahr) nach diesem Tarif. Ab dem danach folgenden Versicherungsjahr gilt dann pro Versicherungsjahr die im Tarif ab dem fünften Versicherungsjahr geregelte Leistungsbegrenzung.		Die tarifliche Leistungsbegrenzung für zahnärztliche Behandlungen im vierten Versicherungsjahr gilt auch noch bis einschließlich dem achten Versicherungsjahr.	Die tarifliche Leistungsbegrenzung für zahnärztliche Behandlungen für die ersten vier Versicherungsjahre gilt erneut auch für die folgenden fünf Versicherungsjahre (fünfte bis einschließlich neunte Versicherungsjahr) nach diesem Tarif. Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfallen die Zahnhöchstsätze bedingungsgemäß.	Es gelten vereinbarungsgemäß folgende nachstehende Summenbegrenzungen für zahnärztliche Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen bezogen auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.  Die vereinbarte Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
Vers.-Jahr 1.	500 EUR	750 EUR	750 EUR	750 EUR	1.000 EUR
Vers.-Jahr 1. - 2.	1.000 EUR	1.500 EUR	1.500 EUR	1.500 EUR	Vers.-Jahr 2. bis 1.500 EUR
Vers.-Jahr 1. - 3.	2.000 EUR	3.000 EUR	3.000 EUR	3.000 EUR	Vers.-Jahr 3. bis 2.000 EUR
Vers.-Jahr 1. - 4.	3.000 EUR	4.500 EUR	4.500 EUR	4.500 EUR	Vers.-Jahr 4. bis 2.500 EUR
Vers.-Jahr 5. - 8.	3.000 EUR	4.500 EUR	4.500 EUR	Vers.-Jahr 5. - 9. bis 4.500 EUR	ab Vers.-Jahr 5 unbegrenzt
(ab) Vers.-Jahr 9.	4.000 EUR	5.000 EUR	unbegrenzt	—	unbegrenzt
(ab) Vers.-Jahr 10.	—	—	—	unbegrenzt	—

**Es gelten folgende Zahnstaffeln:**

**Vollversicherungstarife Esprit, EspritX, Esprit M, Esprit MX und Comfort +:**  
Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, abweichend von dem 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.

**Vollversicherungstarif Prime:**  
Die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, abweichend von dem 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 X EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten.

(X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

Tarife Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX, Comfort + und Prime der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung		
Versicherungsjahr	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

**Beihilfegängungstarif mit Zahnkostenerstattung:**

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.

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.

(X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

Tarif BK der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung		
Versicherungsjahr	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

Für die Tarife BE oder BKE ist keine Leistungseinschränkung bzw. Staffel erforderlich. Allerdings gehören Kosten, die über die im Tarif BK vereinbarte Leistungseinschränkung hinausgehen, nicht zu den verbleibenden Kosten der Tarife BE oder BKE.

## Antragsteller:

## Antrag vom:

### Gesundheitsfragen in der KV: Tipps zur Vermeidung von Rückfragen

Sowohl der Kunde, als auch der Versicherer und natürlich Sie als Vermittler sind gleichermaßen an der zügigen Abwicklung eines Antragsvorganges und – wenn möglich – an einer schnellen Policierung interessiert. Hierzu können Sie bereits bei der Aufnahme des Antrages entscheidend beitragen. Erfahrungsgemäß können viele, den Bearbeitungsablauf hemmende Nachfragen, das Einholen von auf bestimmte gängige Vorerkrankungen abgestellte Fragebögen und manchmal sogar Arztanfragen vermieden werden, wenn bereits bei Antragstellung für präzise und erschöpfende Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen gesorgt wurde. Wichtig ist auch, dass **alle** Angaben, die der Kunde über seinen Gesundheitszustand macht, im Antrag festgehalten werden (Stichwort: Anzeigepflichtverletzung). Scheuen Sie sich nicht, auch sog. „Kleinigkeiten“ oder „Nebensächlichkeiten“ niederzuschreiben.

Die Gesundheitsfrage zur regelmäßigen Einnahme/Anwendung von Arzneimitteln gilt sowohl für von Ärzten oder Heilpraktikern verordnete als auch für nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Arzneimittel (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben). Hierbei sind Arzneimittel anzugeben die über einen längeren Zeitraum (z. B. mehr als 10 Tage ununterbrochen) oder mehrfach im Jahr eingenommen wurden. Zudem ist der Grund der Einnahme anzugeben.

Zu den stets erforderlichen Angaben gehören:

- die genaue Diagnose (Krankheitsbezeichnung); sofern diese nicht bekannt ist, Beschreibung der vorliegenden Beschwerden.
- die genauen Erkrankungsdaten
- die jeweiligen Behandlungsdaten, ambulant und stationär
- die Behandlungsart (z. B. Operation, Namen u. tägliche Dosierung der Medikamente)
- Daten der Arbeitsunfähigkeiten
- Ggf. Behandlungs- u. Beschwerdefreiheit seit wann?
- Ggf. verbliebene Folgeerscheinungen

Als zusätzliche Hilfestellung sind nachstehend einige auf bestimmte Erkrankungen abgestellte wichtige Fragen aufgelistet bzw. wiederholt. Diese Auflistung stellt nicht auf Vollständigkeit ab. Auch anderweitige Erkrankungen/Gesundheitsstörungen/Beschwerden sind zu den Gesundheitsfragen im Antrag grundsätzlich anzugeben. Wenn der Platz im Antrag nicht ausreicht, lassen Sie die Angaben bitte in freier Form auf einem gesonderten – mit Datum und Unterschrift(en) versehenen – Blatt niederschreiben. Auf dieses Blatt sowie auch auf ggf. beigegefügte ärztliche Unterlagen, ist mit Bezeichnung und Daten der Anlagen im Antrag hinzuweisen.

### Von A "Allergische Erkrankungen" bis Z "Zahn-/Kieferfehlstellung"

#### Allergische Erkrankungen

- Seit wann besteht die Allergie?
- Wodurch wird die Allergie ausgelöst? (z. B. Gräser-, Blüten-, Baumpollen, Hausstaub, Tierhaare, Wasch-, Reinigungsmittel)
- Wann treten die Beschwerden auf? (ganzjährig, saisonal)
- Welcher Art sind die Beschwerden? (z. B. Heuschnupfen, Atemnot, asthmatische Anfälle, Ekzeme)
- Behandlungsart (durchgeführt bzw. geplant)? (z. B. Tabletten, Spray, Salben, Hypo- bzw. Desensibilisierung)

#### Augenerkrankungen

- Bei Kurzsichtigkeit (Myopie) (Angabe der Dioptrienwerte re. und li. Sind Netzhautschäden, -ablösungen aufgetreten?)

#### Bronchialerkrankungen

- Seit wann besteht die Erkrankung?
- Treten bzw. traten die Beschwerden einmalig, mehrmals oder ständig auf?
- Ist Atemnot aufgetreten?
- Sind Asthmaanfälle aufgetreten?

#### Brustdrüsenkrankungen

- Welcher Art ist die Erkrankung? (z. B. Entzündungen, Zysten, Knoten)
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Zysten-, Knotenentfernung, Brustamputation)
- War der erhobene Befund gutartig oder bösartig?

#### Darmerkrankungen

- Art der Beschwerden? (z. B. Schmerzen, Durchfälle, Verstopfung)
- Art der Diagnostik? (z. B. Röntgen, Rektoskopie, Koloskopie)
- Wurden Geschwüre festgestellt?

#### Gallenblasenerkrankungen

- Art der Beschwerden? (z. B. Koliken, Entzündungen, Verdauungsstörungen)
- Wurden Gallensteine festgestellt?
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Steinentfernung, Entfernung der Gallenblase)

#### Hauterkrankungen

- Art der Erkrankung (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis)
- Welche Hautpartien sind betroffen?
- Welche Ausdehnung hat die Erkrankung? (z. B. punktuell begrenzt, flächenhaft)
- Erfolgt Kuren oder Heilverfahren? Wann?

#### Hüftgelenkerkrankungen

- Art der Erkrankung? (z. B. Arthrose, Fehlstellung, Verschleiß)
- Ist eine Operation angeraten?
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. künstliches Hüftgelenk, Umstellungsosteotomie)

#### Kopfschmerzen/Migräne

- Treten regelmäßig Migräneanfälle auf?
- Häufigkeit, Schweregrad und jeweilige Dauer der Migräneanfälle?

#### Kniegelenkerkrankungen

- Art der Erkrankung (z. B. Meniscusschaden re/li, Arthrose re/li, Knorpelschaden re/li, Verschleiß)
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Meniscusentfernung, Knorpelglättung, Gelenkersatz)

#### Kurbehandlung

- Wegen welcher Erkrankungen/Beschwerden erfolgte die Kur?
- Fanden nach Abschluss der Kur weitere Behandlungen statt?
- Bitte – wenn möglich – eine Kopie des Kurabschlussberichtes beifügen!

#### Magen- u. Zwölffingerdarmkrankungen

- Wurden Geschwüre festgestellt?
- Wann zuletzt?
- Tritt bzw. trat Nüchternschmerz oder Sodbrennen auf?
- Traten die Beschwerden einmalig oder wiederholt auf?
- Wurde eine bakterielle Ursache festgestellt (Helicobakter pylori)?
- Erfolgte eine Helicobaktensanierung (Eradikation)?
- Erfolgte eine Operation? Wann?

#### Nieren- u. Harnwegserkrankungen

- Art der Beschwerden? (z. B. Koliken, Entzündungen)
- Traten die Beschwerden einmalig oder wiederholt auf?
- Wurden Steine festgestellt? Wann?
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Steinentfernung, Entfernung der Niere)

#### Ohrerkrankungen

- Sind Ohrgeräusche aufgetreten? (einmalig, mehrmals, ständig?)
- Liegt eine Hörminderung vor? re/li, bds.?
- Wird ein Hörgerät getragen bzw. ist dies angeraten oder verordnet worden?

#### Schilddrüsenkrankungen

- Handelt es sich um eine Schilddrüsenvergrößerung (Struma, Kropf)?
- War bzw. ist in den letzten 2 Jahren eine weitere Größenzunahme zu verzeichnen?
- Liegt eine Überfunktion oder eine Unterfunktion der Schilddrüse vor?
- Liegt eine Hashimoto-Thyreoiditis oder ein Morbus Basedow vor?
- Ist eine Operation erfolgt? Wann?
- Art der Operation? (Knoten-, Kropfentfernung)
- Findet eine medikamentöse Behandlung statt? (Name des Medikamentes + Dosierung)

#### Unfallverletzungen

- Art und Lokalisation der Verletzung? (z. B. Schienbeinbruch re., Verstauchung li. Sprunggelenk, Kreuzbandriss re. Knie)
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Kreuzbandersatz)
- Bei Brüchen: Erfolgte eine Nagelung, Verschraubung, Verdrahtung etc.? (Wenn ja, wurde das Fremdmaterial bereits wieder entfernt? Wann?)
- anderer Kostenträger?

#### Unterleibserkrankungen

- Art der Erkrankung (z. B. Senkung, Myom, Zyste, Tumor, Blutungsstörungen)
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Ausschabung, Senkungsooperation, Gebärmutterentfernung, Eierstockentfernung re./li., Totaloperation)

#### Venenerkrankungen/Krampfadern

- Lokalisation, Dicke und Ausdehnung der Krampfadern? (z. B. Unterschenkel re./li., bleistift dick)
- Erfolgte eine Operation? Wann?
- Art der Operation? (z. B. Verödung, Entfernung der Krampfadern li. Unterschenkel)
- Liegen noch Krampfadern oder Beschwerden (z. B. Schwellneigung) vor?
- Wurde das Tragen von Compressionsstrümpfen verordnet oder angeraten?

#### Zahn-/Kieferfehlstellung

- Erfolgt kieferorthopädische Untersuchungen/ Behandlungen oder sind sie angeraten? (auch KFO-Frühbehandlungen)
- Wurde eine Wiedervorstellung/Kontrolle empfohlen?

Antragsteller:

Antrag vom:

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe

KV-Neukunde  nein  ja  Vollversicherung  Zusatzversicherung Aktionskennzeichen \_\_\_\_\_

GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext-Nr.
--------	--------------	---------	-------------	---------

ADVNR 1	Teil 1	ADVNR 2	Teil 2	ADVNR 3	Teil 3
---------	--------	---------	--------	---------	--------

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

**Bearbeitungsvermerke**

Datum	Funktionsstelle/Name	Unterschrift
-------	----------------------	--------------