

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

Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung **Vorantrag – die abschließende Antragstellung erfolgt nach Erhalt aller Informationsunterlagen**

Antragsteller/Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Frau Herr Firma Akad. Titel _____ Adelstitel _____
 Nachname _____ Vorname _____
 Straße, Haus-Nr. _____
 PLZ _____ Wohnort _____ Nationalität _____
 Geburtsdatum _____ Familienstand _____
 Vorwahl _____ Telefon-Nr. _____ E-Mail _____
 Jetzige Berufstätigkeit _____ Dienstherr _____
 Arbeitnehmer Beamter öffentlicher Dienst selbstständig sonstige Berufsstellung _____

Technische Daten Versicherungsbeginn _____ Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen den Abschluss einer Krankenversicherung.

Person 1 Frau Herr Akad. Titel _____ Adelstitel _____
 Nachname _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Nationalität _____ Berufstätigkeit _____ selbstständig Ja Nein
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Futura (3 EUR pro Monat) **Futura** (6 EUR pro Monat bei RZ) PIT – gesetzl. Portabilität _____, _____ EUR 10% gesetzl. Zuschlag _____, _____ EUR

Krankentagegeld Tarif pro _____ Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif pro _____ Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Übrige Tarife **H** Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 BSA Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 PTG 1 **PTG 2** Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Pflegeversicherung **PVN** **PVB** Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Risikozuschlag Risikozuschlag (auch Brillenzuschlag) _____, _____ EUR

Zahnstaffel 1 gilt als anerkannt Zahnstaffel 2 gilt als anerkannt Erläuterung zur Zahnstaffel siehe Seite 4

Person 2 Frau Herr Akad. Titel _____ Adelstitel _____
 Nachname _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Nationalität _____ Berufstätigkeit _____ selbstständig Ja Nein
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif _____ Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Futura (3 EUR pro Monat) **Futura** (6 EUR pro Monat bei RZ) PIT – gesetzl. Portabilität _____, _____ EUR 10% gesetzl. Zuschlag _____, _____ EUR

Krankentagegeld Tarif pro _____ Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 Tarif pro _____ Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Übrige Tarife **H** Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 BSA Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR
 PTG 1 **PTG 2** Höhe Tagegeld _____ EUR Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Pflegeversicherung **PVN** **PVB** Tarifbeitrag _____, _____ EUR

Risikozuschlag Risikozuschlag (auch Brillenzuschlag) _____, _____ EUR

Zahnstaffel 1 gilt als anerkannt Zahnstaffel 2 gilt als anerkannt Erläuterung zur Zahnstaffel siehe Seite 4

Gesamtbeitrag _____, _____ EUR

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden, müssen die folgenden Fragen vor Vertragsabschluss wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es müssen auch die Umstände angegeben werden, die für Sie möglicherweise keine oder nur geringe Bedeutung haben. Sollte eine andere Person (z. B. der Versicherungsvertreter) beim Ausfüllen des Antrags geholfen haben, so vergewissern Sie sich bitte vor Unterschrift, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a.G. schriftlich nachzuholen (ein Hinweis ist unter Ziffer 7 aufzunehmen). Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie Seite 5 des Antrags entnehmen.

Wartezeiten

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten in der Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die dafür notwendigen Unterlagen erhalte ich vom Deutschen Ring. Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenversicherung.

Person 1

Ja Nein

Ja Nein

Person 2

Ja Nein

Ja Nein

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

1. Größe und Gewicht

Größe cm

Gewicht kg

Größe cm

Gewicht kg

- 2. a) Findet **zurzeit** eine Behandlung statt oder **bestehen** Gesundheitsstörungen, Krankheiten, Beschwerden, Körperimplantate, Unfallfolgen oder Fehlstellungen, Fehlbildungen bzw. Funktionseinschränkungen von Extremitäten, Körperteilen oder Organen?
- b) Werden Arzneimittel genommen/angewendet?
- c) Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation **angeraten bzw. vorgesehen**?
- d) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?
- e) Besteht eine Schwangerschaft?
- f) Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. besteht eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit?
- g) Bestanden in den letzten **3 Jahren** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden bzw. haben ambulante Behandlungen, Operationen, Beratungen oder Kontrollen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer stattgefunden?
- h) Haben in den letzten **3 Jahren** Untersuchungen stattgefunden?
- 3. a) Haben in den letzten **5 Jahren** Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?
- b) Sind in den letzten **10 Jahren** psychische oder Suchterkrankungen aufgetreten oder fanden psychologische, psychiatrische Behandlungen bzw. Beratungen statt?
- 4. Sind Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Wehrdienstbeschädigungen oder andere Schädigungsfolgen anerkannt oder wurde deren Anerkennung beantragt?
- 5. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen bzw. wurden diese verordnet? (Augenerkrankungen bitte bei den vorhergehenden Fragen angeben) Dioptrien:

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Zahnfragen (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 6 Jahre):

- 6. a) Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt?
- b) Findet **zurzeit** eine zahnärztliche Behandlung statt oder ist eine **angeraten**? (z. B. Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnersatz, Austausch von provisorischem Zahnersatz etc.)
- c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen –, die **noch nicht** durch Zahnersatz **ersetzt wurden**?
- d) Sind Zähne seit mehr als 5 Jahren ersetzt? (Zahnersatz sind Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen)

Datum (MM/JJJJ)

Ja Nein

Ja Anzahl fehlender Zähne

Nein

Ja Anzahl ersetzter Zähne älter 5 Jahre

Nein

Datum (MM/JJJJ)

Ja Nein

Ja Anzahl fehlender Zähne

Nein

Ja Anzahl ersetzter Zähne älter 5 Jahre

Nein

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

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

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

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

Versicherungsnehmer

Nachname

Vorname

Ergänzende Angaben zur Selbstständigkeit

Art der Tätigkeit

freiberuflich

gewerblich

Branche

Selbstständig seit

Höhe des durchschnittlichen mtl. Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate

EUR

Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG etc.?

Nein

Ja

Wenn ja, besteht Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?

Nein

Ja

Anzahl (Wochen)

Wieviele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig?

Anzahl

Erklärung zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

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

Einzugsermächtigung

Zahlungsweise (Mindestrate 15 EUR):

monatlich

1/4-jährlich

1/2-jährlich

jährlich

Antragsteller oder

Nachname

Vorname

Bis auf weiteres ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen.

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht identisch mit Versicherungsnehmer

Weitere Krankenversicherungen

Bestehen, bestanden oder wurden beantragt?

Besteht Versicherungspflicht in der GKV?

Nein

Ja

Gesetzliche Kranken-/Pflegepflichtversicherung

Nein

Ja

von

bis

TT/MM/JJ

GKV

gekündigt von wem

Versicherungsnehmer

Versicherer

Private Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung

Nein

Ja

von

bis

TT/MM/JJ

PKV

gekündigt von wem

Versicherungsnehmer

Versicherer

Beihilfe/Heilfürsorge

Nein

Ja

von

bis

TT/MM/JJ

Beihilfeträger

gekündigt von wem

Versicherungsnehmer

Versicherer

Private Zusatz-/Ergänzungsversicherung

Nein

Ja

von

bis

TT/MM/JJ

PKV

gekündigt von wem

Versicherungsnehmer

Versicherer

Art der Zusatzversicherung (z.B. stat., KT, KHT)

Höhe KT, KHT

EUR

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

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

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

Person	Steuer-ID	Person	Steuer-ID
1		2	

Keine Einwilligung in die Datenübermittlung:

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

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

Nachname(n), Vorname(n)

Vertragsbestimmungen und Vertragsinformationen

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

Empfangsbestätigung

Ich habe das Produktinformationsblatt sowie die erforderlichen Vertragsbestimmungen und Vertragsinformationen

als Einzeldokumente gemäß Anlage zur Empfangsbestätigung (bitte beifügen)

oder

enthalten im Bedingungsheft

DRK

Stand

erhalten.

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 5 die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, die Widerrufsbelehrung und auf Seite 4 die Einwilligung zur Datenverarbeitung. Sie werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrags. Mit Abschluss des Versicherungsvertrags sind sie Vertragsbestandteile.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre bzw. bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter.

Unterschrift des Vermittlers

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, bezieht.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Unternehmensgruppe Deutscher Ring im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (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 Unternehmensgruppe Deutscher Ring, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Ich bin damit einverstanden, dass die Unternehmen der Deutscher Ring Gruppe und die Vermittler Daten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanz- und Versicherungsdienstleistungen nutzen dürfen.

Mir ist bewusst, dass ich der Verwendung meiner Daten zu Werbezwecken jederzeit widersprechen kann. Der Widerspruch ist zu richten an Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

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

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

(X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

Es gelten folgende Leistungseinschränkungen bzw. Staffeln:

Tarife Classic und Classic +		
Vers.-jahr	Staffel 1	Staffel 2
1.	300,- EUR	200,- EUR
2.	600,- EUR	400,- EUR
3.	900,- EUR	600,- EUR
4.	1.200,- EUR	800,- EUR
5.	1.500,- EUR	1.000,- EUR

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

Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind im 1. Versicherungsjahr auf X EUR, im 2. Versicherungsjahr auf X EUR, im 3. Versicherungsjahr auf X EUR, im 4. Versicherungsjahr auf X EUR und im 5. Versicherungsjahr auf X EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten.

(X steht für die jeweilige Summe gemäß Staffel)

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

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

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

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

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

OE = ohne Erschwerung

Der Zahnstatus wird zur unverbindlichen Prüfung angefordert

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe · Anschrift: Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg, Telefon: 040/ 35 99-0, Telefax: 040/ 35 99 25 00, E-Mail: Service@DeutscherRing.de, Internet: www.DeutscherRing.de · USt.-IdNr.: DE 118618342 · Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4673, Sitz: Hamburg, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kutz · Vorstand: Reinhold Schulte (Vorsitzender), Wolfgang Fauter (stellv. Vorsitzender), Dr. Karl-Josef Biernth, Jens O. Geldmacher, Marlies Hirschberg-Tafel, Michael Johnigk, Ulrich Leitermann, Michael Petmecky, Dr. Klaus Sticker, Prof. Dr. Markus Warg

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (040) 3599 3636.

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

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. dem Versicherungsschein/Nachtrag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

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