SIGNAL IDUNA

Antrag auf Krankenversicherung nach den Tarifen
- der arbeitnehmerfinanzierten betriebl. Krankenversicherung (AN-bKV) der Produktlinie +
- den Tarifen KlinikTOP1, KlinikTOP1pur, (R-)EKH, ESP-E

Versicherungsnummer(n) | 11095

Dieser Antrag gilt für den Abschluss von Tarifen der Marke SIGNAL IDUNA.
Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Bereits Kunde KV? ☐ nein ☐ ja | RINR (AN-bKV) | RINR | Gruppenpartner-Nr. | Vertrags-Nr.

Die Tarife der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung (AN-bKV) und die Tarife KlinikTOP1, KlinikTOP1pur, (R-)EKH und ESP-E werden in rechtlich selbstständigen voneinander unabhängigen Verträgen geführt. Zur Vereinfachung wird nachfolgend nur von Antrag bzw. Vertrag in der Einzahl gesprochen.

Antragsteller/Versicherungsnehmer ☐ ist zu versichernde Person 1 ☐ soll nicht versichert werden

Anrede ☐ Herr ☐ Frau
Familienstand ☐ ledig ☐ verh. ☐ verwitwet
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer | PLZ Wohnort

Berufliche Tätigkeit | Branche | ☐ Angestellter ☐ Arbeiter

☐ AZUBI ☐ Student Dauer der Ausbildung/des Studiums von ____ bis voraussichtlich ____

☐ Ich bin Mitarbeiter bei: Name Arbeitgeber/Firmenbezeichnung ____

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) am Versicherungsbeginn ____

Status GKV
☐ pflichtversichert
☐ freiwillig versichert
☐ familienversichert als Ehepartner
☐ familienversichert als Kind

Private Krankenversicherung (PKV) ____ versichert seit: ____

Sonstige Absicherung ____ versichert seit: ____

Sofern eine entsprechende Absicherung beantragt wird:

Besteht eine Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ____ versichert seit ____ KHT in EUR ____

Besteht eine private Krankentagegeldversicherung (KTG)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ____ versichert seit ____

ab Tag ____ KTG in EUR ____

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** | ☐ **ja,** für Telefonnummer | ☐ **ja,** für Telefaxnummer | ☐ **ja,** für E-Mail | ☐ **ja,** für SMS

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

Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsweise ☐ monatlich ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/1-jährlich

Lastschriftverfahren
(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 Einzugstermin informiert.

IBAN (maximal 34 Stellen) | BIC (8 oder 11 Stellen)

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, 3 und 4

Person 2
Anrede ☐ Herr ☐ Frau
Familienstand ☐ ledig ☐ verh. ☐ verwitwet
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers)

Berufliche Tätigkeit | Branche

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar: ☐ Selbstständiger ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter

Dauer der Ausbildung/des Studiums von ____ bis voraussichtlich ____ Beihilfe: ☐ nein ☐ ja Heilfürsorge: ☐ nein ☐ ja

Ich bin Angehöriger (☐ Ehegatte/Lebenspartner ☐ Kind) bzw. ☐ Lebensgefährte des o.g. Antragstellers/Versicherungsnehmers.

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) am Versicherungsbeginn ____

Status GKV
☐ pflichtversichert
☐ freiwillig versichert
☐ familienversichert als Ehepartner
☐ familienversichert als Kind

Private Krankenversicherung (PKV) ____ versichert seit: ____

Sonstige Absicherung ____ versichert seit: ____

Sofern eine entsprechende Absicherung beantragt wird:

Besteht eine Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ____ versichert seit ____ KHT in EUR ____

Besteht eine private Krankentagegeldversicherung (KTG)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ____ versichert seit ____

ab Tag ____ KTG in EUR ____

Antragsteller:

Fortsetzung - Zu versichernde Personen 2, 3 und 4

Person 3
Anrede ☐ Herr ☐ Frau
Familienstand ☐ ledig ☐ verh. ☐ verwitwet
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers)

Berufliche Tätigkeit | Branche

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar: ☐ Selbstständiger ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter

Dauer der Ausbildung/des Studiums von ☐ bis voraussichtlich ☐ Beihilfe: ☐ nein ☐ ja Heilfürsorge: ☐ nein ☐ ja

Ich bin Angehöriger (☐ Ehegatte/Lebenspartner ☐ Kind) bzw. ☐ Lebensgefährte des o.g. Antragstellers/Versicherungsnehmers.

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) am Versicherungsbeginn	Status GKV	Private Krankenversicherung (PKV)	Sonstige Absicherung
	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert als Ehepartner ☐ familienversichert als Kind	versichert seit:	versichert seit:

Sofern eine entsprechende Absicherung beantragt wird:

Besteht eine Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ☐ versichert seit ☐ KHT in EUR ☐

Besteht eine private Krankentagegeldversicherung (KTG)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ☐ versichert seit ☐

ab Tag ☐ KTG in EUR ☐

Person 4
Anrede ☐ Herr ☐ Frau
Familienstand ☐ ledig ☐ verh. ☐ verwitwet
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname | Akademischer Titel/Adelstitel | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers)

Berufliche Tätigkeit | Branche

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar: ☐ Selbstständiger ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter

Dauer der Ausbildung/des Studiums von ☐ bis voraussichtlich ☐ Beihilfe: ☐ nein ☐ ja Heilfürsorge: ☐ nein ☐ ja

Ich bin Angehöriger (☐ Ehegatte/Lebenspartner ☐ Kind) bzw. ☐ Lebensgefährte des o.g. Antragstellers/Versicherungsnehmers.

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) am Versicherungsbeginn	Status GKV	Private Krankenversicherung (PKV)	Sonstige Absicherung
	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert als Ehepartner ☐ familienversichert als Kind	versichert seit:	versichert seit:

Sofern eine entsprechende Absicherung beantragt wird:

Besteht eine Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ☐ versichert seit ☐ KHT in EUR ☐

Besteht eine private Krankentagegeldversicherung (KTG)? ☐ nein ☐ ja Gesellschaft ☐ versichert seit ☐

ab Tag ☐ KTG in EUR ☐

Versicherungsbeginn und beantragter Versicherungsschutz

Ich beantrage ab Versicherungsbeginn Versicherungsbeginn ☐ **die nachstehend angekreuzten Tarife der AN-bKV Produktlinie +:**

Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
☐ Vorsorge+AN	EUR	☐ Vorsorge+AN	EUR	☐ Vorsorge+AN	EUR	☐ Vorsorge+AN	EUR
☐ Ambulant+AN	EUR	☐ Ambulant+AN	EUR	☐ Ambulant+AN	EUR	☐ Ambulant+AN	EUR
☐ ZahnOptimal+AN	EUR	☐ ZahnOptimal+AN	EUR	☐ ZahnOptimal+AN	EUR	☐ ZahnOptimal+AN	EUR
☐ ZahnBest+AN	EUR	☐ ZahnBest+AN	EUR	☐ ZahnBest+AN	EUR	☐ ZahnBest+AN	EUR
☐ ZahnPerfekt+AN	EUR	☐ ZahnPerfekt+AN	EUR	☐ ZahnPerfekt+AN	EUR	☐ ZahnPerfekt+AN	EUR
☐ UnfallPrivat+AN	EUR	☐ UnfallPrivat+AN	EUR	☐ UnfallPrivat+AN	EUR	☐ UnfallPrivat+AN	EUR
☐ GesundAKTIV+1AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+1AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+1AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+1AN*	EUR
☐ GesundAKTIV+2AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+2AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+2AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+2AN*	EUR
☐ GesundAKTIV+3AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+3AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+3AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+3AN*	EUR
☐ GesundAKTIV+4AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+4AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+4AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+4AN*	EUR
☐ GesundAKTIV+5AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+5AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+5AN*	EUR	☐ GesundAKTIV+5AN*	EUR

die nachstehenden angekreuzten Tarife der Krankenzusatzversicherung:

☐ KlinikTOP1** ☐ große Anwartschaft***	EUR	☐ KlinikTOP1** ☐ große Anwartschaft***	EUR	☐ KlinikTOP1** ☐ große Anwartschaft***	EUR	☐ KlinikTOP1** ☐ große Anwartschaft***	EUR
Höhe Tagegeld ☐ EKH** EUR ☐ große Anwartschaft für EKH 45***	EUR	Höhe Tagegeld ☐ EKH** EUR ☐ große Anwartschaft für EKH 45***	EUR	Höhe Tagegeld ☐ EKH** EUR ☐ große Anwartschaft für EKH 45***	EUR	Höhe Tagegeld ☐ EKH** EUR ☐ große Anwartschaft für EKH 45***	EUR
☐ (R-)-EKH** EUR	EUR	☐ (R-)-EKH** EUR	EUR	☐ (R-)-EKH** EUR	EUR	☐ (R-)-EKH** EUR	EUR
☐ ESP-E 43**** EUR	EUR	☐ ESP-E 43**** EUR	EUR	☐ ESP-E 43**** EUR	EUR	☐ ESP-E 43**** EUR	EUR
Gesamtmonatsbeitrag Person 1	EUR	**Gesamtmonatsbeitrag Person 2**	EUR	**Gesamtmonatsbeitrag Person 3**	EUR	**Gesamtmonatsbeitrag Person 4**	EUR

* Bitte beachten Sie den Hinweis „Budget-Höhen des Tarifs GesundAKTIV+AN“ auf der Seite 6.
** Bei gleichzeitigem Abschluss oder bereits bestehenden Tarif (R-)EKH 45 zum aktiven Tarif = Absicherung der Selbstbeteiligung bei Wahl eines Einbettzimmers
*** Sofern für KlinikTOP1 die große Anwartschaft (AWV) gewünscht wird, kann auch für EKH 45 die große AWV vereinbart werden. Evtl. darüber hinaus gehendes Tagegeld wird aktiv geführt.
**** Zur Höhe des Tagegeldes bitte den „Hinweis zum beantragten Krankentagegeld“ auf Seite 6 beachten.

Bei einem längeren Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen. **Monatlicher Gesamtbeitrag aller Personen in EUR** ☐

Antragsteller:

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 6 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.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Für die Tarife Vorsorge+AN, UnfallPrivat+AN, GesundAKTIV+1AN und GesundAKTIV+2AN sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten.				
Zu beantworten für die Tarife Ambulant+AN, GesundAKTIV+3AN, GesundAKTIV+4AN und GesundAKTIV+5AN und ESP-E 43 bis zu einem Tagegeld von 20 EUR:				
1. Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: ● Alkohol-/Drogenmissbrauch ● Asthma bronchiale ● chronische Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) ● Diabetes mellitus ● Epilepsie ● Herzinfarkt ● Krebserkrankung ● Multiple Sklerose ● Neurodermitis ● Psychische Erkrankung ● Rheumatische Erkrankung ● Schlaganfall? Oder wurde eine HIV-Infektion festgestellt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Ab einem Eintrittsalter von 4 Jahren zu beantworten für die Tarife ZahnOptimal+AN, ZahnBest+AN, ZahnPerfekt+AN und GesundAKTIV+3AN, GesundAKTIV+4AN und GesundAKTIV+5AN; die Frage 2 ist für die Tarife ZahnOptimal+AN, GesundAKTIV+3AN, GesundAKTIV+4AN und GesundAKTIV+5AN nicht zu beantworten und für ZahnBest+AN und ZahnPerfekt+AN nur für Personen zu beantworten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:				
2. Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4. Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
5. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für „keine" bitte eine „0" eintragen)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
a) Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheits- und Milchzähne)?	**Person 1**	**Person 2**	**Person 3**	**Person 4**
b) Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)?	**Person 1**	**Person 2**	**Person 3**	**Person 4**
Hinweis: Zur Bewertung der Frage 5 bitte den Hinweis „Bewertung für Zahnversicherungsschutz" auf der Seite 6 beachten.				
Zu beantworten für den Tarif ESP-E bis zu einem Tagegeld von 20 EUR				
6. Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: ● Alzheimer ● Arthritis ● Arthrose ● Blutgerinnungsstörung ● Demenz ● Knochenschwund ● Lähmungen ● Morbus Parkinson ● Muskelschwund?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7. Erfolgten in den letzten 5 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen: ● Aneurysma (Gefäßerweiterung) ● Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) ● Herzklappenerkrankungen ● Herzmuskelschwäche ● Herzrhythmusstörungen ● Erkrankungen des Gehirns ● Erkrankungen des Nervensystems ● bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung) ● Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) ● Hirnblutung ● Hepatitis ● Lebererkrankungen ● Lungenerkrankung ● Nierenerkrankungen ● Nierenversagen ● Verlust großer Extremitäten?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
8. Sind Sie arbeitsunfähig oder waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 1 Woche durchgehend arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Zu beantworten für die Tarife KlinikTOP1, KlinikTOP1pur, (R-)EKH, ESP-E 43:				
9. Größe cm				
Gewicht kg				
Zu beantworten für die Tarife KlinikTOP1, KlinikTOP1pur, (R-)EKH und ESP-E 43 ab einem Tagegeld von 21 EUR: Die Fragen 10 - 18 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 19 zu machen.				
10 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
11 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
12 Besteht eine Schwangerschaft?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
13 Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
14 Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
15 Erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, (Kontroll-)Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
16 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
17 Erfolgten in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
18 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?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

19 Nähere Angaben/Einzelheiten zu Fragen, die mit „ja" beantwortet wurden:

Sofern der Raum nicht ausreicht, bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben) vornehmen. Beiblatt beigefügt ☐ ja ☐ nein

Person Nr.	Frage Nr.	Dioptrien-werte rechts/links	Art der Krankheit, des Körperschadens, der Beschwerden, Diagnose/Befund, Art der Behandlung einschl. Arzneimittel mit Dosierung und Grund der Einnahme, Grad der Erwerbs-minderung/Berufsunfähigkeit	Behandlungsdaten von - bis ambulant	stationär	Operation ja	nein	behandlungs-/beschwerdefrei ja	seit	nein	Folgeerscheinungen

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

Antragsteller:

Sonstiges

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. handelt es sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, bei dem regelmäßig die Versicherungsnehmer Mitglieder sind, satzungsmäßig aber auch Versicherungsverträge geschlossen werden können, bei denen der Vertragsschluss keine Mitgliedschaft begründet. Der beantragte Versicherungsschutz nach dem/den Tarif(en) der AN-bKV wird als Nicht-Mitgliedergeschäft beantragt, so dass mit Vertragsschluss bezüglich dieses Tarifs/dieser Tarife keine Mitgliedschaft im Versicherungsverein erworben wird.

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 15 (1) und § 16 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 oder 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 Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung 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* eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter *SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund* oder der Mailadresse *info@signal-iduna.de* angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt 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.

Antragsteller:

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*. Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Einwilligung zur Datenverarbeitung nur bei Teilnahme am Kollektivrahmenvertrag

Ihr Arbeitgeber hat mit der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G. einen Kollektivrahmenvertrag für die arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Krankenversicherung (bKV) abgeschlossen.

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 gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss des Versicherungsvertrages in der Regel nicht bzw. nicht zu den gewünschten Konditionen (betrifft die Einwilligung des Datenaustausches zwischen Ihrem Arbeitgeber und der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.) möglich sein wird.

Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. und dem jeweiligen Arbeitgeber mit dem die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Kollektivrahmenvertrag über Abschluss einer arbeitnehmerfinanzierten bKV geschlossen hat:

Voraussetzung für die private Krankenversicherung nach den Tarifen der arbeitnehmerfinanzierten bKV ist ein bestehendes Arbeitsverhältnis des Antragsstellers/Versicherungsnehmers mit dem jeweiligen Kollektivrahmenvertragspartner. Denn nur Personen, die die Voraussetzungen erfüllen, sollen von den Vorteilen profitieren. Im Rahmen des bestehenden Kollektivrahmenvertrages ist es erforderlich Daten auszutauschen, um festzustellen, ob Sie weiterhin versicherungsfähig sind. Zum Zwecke der Vertragsdurchführung und -begründung werden folgende Daten an die Vertragspartner übermittelt:

- **Durch Ihren Arbeitgeber:** Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift sowie Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses des Antragstellers/Versicherungsnehmers.
- **Durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.:** Versicherungsbeginn, Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meiner Person in der oben beschriebenen Weise zwischen meinem Arbeitgeber und der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zum Zwecke der Vertragsbegründung, -durchführung und -beendigung übermittelt werden. Mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. dem Ausscheiden aus dem Kollektivrahmenvertrag endet der Datenaustausch.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“, die „Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten“, die „Einwilligungen zur Datenverarbeitung“ und die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise“ auf der Seite 6. 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, dass die von mir gegenüber dem Makler/Vermittler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind.

Widerrufsrecht des Antragsstellers/Versicherungsnehmers

Es besteht ein Widerrufsrecht. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Name und Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich des Beitrages, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

Eine Zweitschrift dieses Antrages (Seiten 1 bis 6) 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 sowie die Widerrufsbelehrung vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 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“.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Sitz: Dortmund, HR B 2405, AG Dortmund
Vorstand: Torsten Uhlig (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Stefan Lemke, Alexandra Markovic-Sobau,
Johannes Rath, Daniela Rode, Fabian Schneider, Clemens Vatter, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

Antragsteller:

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.

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.

Hinweis zum beantragten Krankentagegeld
Informationen zur Höhe des Krankentagegeldes entnehmen Sie bitte den aktuell gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer gilt folgende Empfehlung:

Jahreseinkommen	**Empfehlung**	
< 10.000 EUR	ESP-E 43	5 EUR
10.000 bis 24.999 EUR	ESP-E 43	10 EUR
25.000 bis 39.999 EUR	ESP-E 43	15 EUR
40.000 bis jeweilige Jahresarbeitsentgeltgrenze	ESP-E 43	20 EUR

Budget-Höhen des Tarifs GesundAKTIV+AN:
GesundAKTIV+1AN = 300 EUR
GesundAKTIV+2AN = 600 EUR
GesundAKTIV+3AN = 900 EUR
GesundAKTIV+4AN = 1.200 EUR
GesundAKTIV+5AN = 1.500 EUR

Bewertungsschema für Zahnversicherungsschutz

		Anzahl fehlender Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne) aus Frage 5a				
		0	**1**	**2**	**3**	**4**
Anzahl überkronter oder ersetzter Zähne (inklusive überbrückter Zähne und Implantate) aus Frage 5b	**0**	OE	OE	OE	OE	Ablehnung
	1	OE	OE	OE	Ablehnung	Ablehnung
	2	OE	OE	OE	Ablehnung	Ablehnung
	3	OE	OE	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	4	OE	OE	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	5	OE	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	6	OE	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	7	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	8	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	9	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	ab 10	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

OE = ohne Erschwerung

Antragsteller:

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

Recherche GD / Antragsprüfung GD	Datum	Funktionsstelle	Unterschrift	Tel.-Nr.
❑ Checkliste geprüft ❑ Recherche telefonisch ❑ Recherche persönlich ❑ Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.				

Bearbeitungsvermerke

Datum _____ Funktionsstelle/Name _____ Unterschrift _____