SIGNAL IDUNA

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

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

Bereits Kunde KV ☐ nein ☐ ja	RINR (KV)	RINR (PPV)

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

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

Name, Vorname	Akad. Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer	PLZ Wohnort	Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit:

Berufliche Tätigkeit	Branche

☐ Selbstständiger ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Angestellter ☐ Arbeiter
☐ Beamter ☐ sonstiger Berufsstand

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar:
Dauer der Ausbildung/des Studiums von ____ bis voraussichtlich ____

Beihilfeverordnung ____ seit dem ____
Beihilfesätze ____ % ambulant ____ % Regelleistung stationär ____ % Wahlleistung stationär ☐ pauschale Beihilfe
☐ freie Heilfürsorge ☐ Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)
☐ 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**	☐ **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 Person 2

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

Name, Vorname	Akad. Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur, wenn abweichend von Anschrift des Versicherungsnehmers)	Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit:

Berufliche Tätigkeit	Branche

Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (Angaben zur Prüfung der Versicherungsteuer (siehe auch Hinweis „Versicherungsteuer“ auf Seite 8)
☐ Kind von ☐ Nichte / Neffe von ☐ Enkelkind von ☐ Mündel von ☐ verheiratet mit ☐ Geschwisterteil von
☐ Elternteil von ☐ Onkel / Tante von ☐ Großelternteil von ☐ Vormund von ☐ Lebenspartnerschaft / Lebensgemeinschaft
☐ sonstige nahe Angehörige von (nach § 7 Abs. 3 PflegeZG und § 15 AO) ____
☐ keine Zuordnung ____

☐ Selbstständiger ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Angestellter ☐ Arbeiter
☐ Beamter ☐ sonstiger Berufsstand

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar:
Dauer der Ausbildung/des Studiums von ____ bis voraussichtlich ____

Beihilfeverordnung ____ seit dem ____
Beihilfesätze ____ % ambulant ____ % Regelleistung stationär ____ % Wahlleistung stationär ☐ pauschale Beihilfe
☐ freie Heilfürsorge ☐ Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)
☐ berücksichtigungsfähiger Angehöriger

Zu versichernde Personen 3 und 4 - Fortsetzung

Person 3

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

Name, Vorname	Akad. Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

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

Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit:

Berufliche Tätigkeit | Branche

Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (Angaben zur Prüfung der Versicherungsteuer (siehe auch Hinweis „Versicherungsteuer“ auf Seite 8)

☐ Kind von ☐ Nichte / Neffe von ☐ Enkelkind von ☐ Mündel von ☐ verheiratet mit ☐ Geschwisterteil von
☐ Elternteil von ☐ Onkel / Tante von ☐ Großelternteil von ☐ Vormund von ☐ Lebenspartnerschaft / Lebensgemeinschaft
☐ sonstige nahe Angehörige von (nach § 7 Abs. 3 PflegeZG und § 15 AO)
☐ keine Zuordnung

☐ Selbstständiger ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Angestellter ☐ Arbeiter
☐ Beamter ☐ sonstiger Berufsstand

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar:
Dauer der Ausbildung/des Studiums von | bis voraussichtlich

Beihilfeverordnung | Beihilfesätze
% ambulant
seit dem
% Regelleistung stationär
% Wahlleistung stationär
☐ pauschale Beihilfe
☐ freie Heilfürsorge ☐ Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)
☐ berücksichtigungsfähiger Angehöriger

Person 4

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

Name, Vorname	Akad. Titel/Adelstitel	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch

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

Bitte angeben, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit besteht: Wohnsitz in Deutschland besteht seit:

Berufliche Tätigkeit | Branche

Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (Angaben zur Prüfung der Versicherungsteuer (siehe auch Hinweis „Versicherungsteuer“ auf Seite 8)

☐ Kind von ☐ Nichte / Neffe von ☐ Enkelkind von ☐ Mündel von ☐ verheiratet mit ☐ Geschwisterteil von
☐ Elternteil von ☐ Onkel / Tante von ☐ Großelternteil von ☐ Vormund von ☐ Lebenspartnerschaft / Lebensgemeinschaft
☐ sonstige nahe Angehörige von (nach § 7 Abs. 3 PflegeZG und § 15 AO)
☐ keine Zuordnung

☐ Selbstständiger ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Angestellter ☐ Arbeiter
☐ Beamter ☐ sonstiger Berufsstand

☐ Schüler an weiterbildender Schule ☐ AZUBI ☐ Student ☐ Beamtenanwärter ☐ Referendar:
Dauer der Ausbildung/des Studiums von | bis voraussichtlich

Beihilfeverordnung | Beihilfesätze
% ambulant
seit dem
% Regelleistung stationär
% Wahlleistung stationär
☐ pauschale Beihilfe
☐ freie Heilfürsorge ☐ Mitglied in der Gewerkschaft der Polizei (GdP)
☐ berücksichtigungsfähiger Angehöriger

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? (Falls ja, bitte Zusatzformular beifügen) Bitte beachten Sie den Hinweis “Erläuterung Grenzgänger“ auf der Seite 8 des Antrages.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Angabe der Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) (elfstellig) Bitte beachten Sie den Hinweis „Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung)“ auf der Seite 8 des Antrages sowie den Passus „Datenübermittlung an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) nach § 39 Abs. 4a Einkommensteuergesetz (EStG) (Lohnsteuerabzugsverfahren)“ auf der Seite 6.	Steuer-ID (ggf. des VN, wenn dieser ungleich VP)	Steuer-ID	Steuer-ID	Steuer-ID
Erfolgte innerhalb von 6 Monaten vor Antragstellung eine Risikovorabanfrage?	☐ nein ☐ ja, Rivo-ID	☐ nein ☐ ja, Rivo-ID	☐ nein ☐ ja, Rivo-ID	☐ nein ☐ ja, Rivo-ID

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 Tarife bisher	**Tarife neu**	Beträge in EUR Monatsbeitrag	**Person 2** Tarife bisher	**Tarife neu**	Beträge in EUR Monatsbeitrag
Zuschlag	⇨		**Zuschlag**	⇨	
gesetzlicher Vorsorgezuschlag	⇨		**gesetzlicher Vorsorgezuschlag**	⇨	
Gesamtmonatsbetrag Person 1	⇨		**Gesamtmonatsbetrag Person 2**	⇨	

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

Person 3 Tarife bisher	**Tarife neu**	Beträge in EUR Monatsbeitrag
Zuschlag	⇨	
gesetzlicher Vorsorgezuschlag	⇨	
Gesamtmonatsbetrag Person 3	⇨	
Monatlicher Gesamtbetrag aller Personen	⇨	

Person 4 Tarife bisher	**Tarife neu**	Beträge in EUR Monatsbeitrag
Zuschlag	⇨	
gesetzlicher Vorsorgezuschlag	⇨	
Gesamtmonatsbetrag Person 4	⇨	
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 16 erforderlich. Sind uns Einzelheiten aus abgerechneten Leistungsfällen bereits bekannt, ist dies unter Ziffer 16 zu vermerken.

Die Fragen 2 - 15 sind mit ja oder nein zu beantworten, nähere Angaben sind unter Ziffer 16 zu machen.	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1 Größe cm				
Gewicht kg				
2 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet? Bitte Dioptrienwerte unter Ziffer 16 angeben.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4 **Die nachstehende Frage ist nicht zu beantworten für Krankheitskostenvollversicherungstarife und dazugehörige Krankentagegeldtarife sowie die Optionstarife Futura, flexSl, flexSl-B und flexSlprivat:** Besteht eine Schwangerschaft?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
5 Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
6 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
7 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
8 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
9 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
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?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
11 **Die nachstehende Frage ist für die Tarife PflegeSTART, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS zu beantworten:** Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder einen werdenden Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
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 12 zu beantworten:				
12 Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch beim Kieferorthopäden statt, oder wurde ein solcher empfohlen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
13 Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
14 Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einem Zahnarzt empfohlen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
15 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**
davon älter als 5 Jahre:	**Person 1**	**Person 2**	**Person 3**	**Person 4**
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 16 anzugeben.				

Fragen an die zu versichernden Personen - Fortsetzung

16 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	Behandlungsdaten von - bis stationär	Operation ja	Operation nein	behandlungs-/beschwerdefrei ja	behandlungs-/beschwerdefrei seit	behandlungs-/beschwerdefrei nein	Folgeerscheinungen
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	
						☐	☐	☐		☐	

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, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Falls eine Frage mit „ja“ beantwortet wird, bitte nähere Angaben machen:	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Besteht oder bestand eine gesetzliche Kranken- (GKV), soziale Pflegeversicherung (SPV)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2. Besteht eine private Kranken- (PKV), private Pflegepflichtversicherung (PPV)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3. Wurde eine PKV gekündigt? Falls ja, Gesellschaft (VR):	☐ nein ☐ ja, durch VR ☐ ja, durch VN	☐ nein ☐ ja, durch VR ☐ ja, durch VN	☐ nein ☐ ja, durch VR ☐ ja, durch VN	☐ nein ☐ ja, durch VR ☐ ja, durch VN
4. Wurde eine PKV/PPV abgelehnt? Falls ja, Gesellschaft:	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
5. Wurde eine PKV/PPV beantragt? Falls ja, Gesellschaft (VR):	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
6. Besteht oder bestand Heilfürsorge?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

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

Person Nr.	Art der Versicherung	Zur GKV	Gesellschaft (VR)/GKV/Beihilfe-verordnung (Heilfürsorge)	Versicherung beantragt am/ besteht/bestand von - bis	Krankenhaus-tagegeld in EUR	Pflege(-tage) -geld in EUR	Kranken(-tage) -geld in EUR	ab .... Tag der Arbeitsunfähigkeit	Kurtagegeld in EUR
	☐ PKV ☐ PPV ☐ GKV ☐ SPV ☐ Heilfürsorge	☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert familienversichert als ☐ Kind ☐ Ehepartner							
	☐ PKV ☐ PPV ☐ GKV ☐ SPV ☐ Heilfürsorge	☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert familienversichert als ☐ Kind ☐ Ehepartner							
	☐ PKV ☐ PPV ☐ GKV ☐ SPV ☐ Heilfürsorge	☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert familienversichert als ☐ Kind ☐ Ehepartner							
	☐ PKV ☐ PPV ☐ GKV ☐ SPV ☐ Heilfürsorge	☐ freiwillig versichert ☐ pflichtversichert familienversichert als ☐ Kind ☐ Ehepartner							

Zusatzerklärung für Versicherte aus der Privaten Krankenversicherung
Besteht für den Antragsteller (VN) und/oder für eine der zu versichernden Personen beim derzeitigen privaten Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? ☐ nein ☐ ja

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 Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Angabe zum Hausarzt

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes (z. B. Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist etc.), der im Versicherungsverlauf als „Hausarzt“ in Anspruch genommen werden soll:

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Wartezeiten (sofern der/die beantragte(n) Tarif(e) Wartezeiten vorsieht/vorsehen)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten in der Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Die dafür notwendigen Unterlagen erhalte ich von der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenversicherung.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Antragsteller:

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 %?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Werden Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

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)

☐ Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für ☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4 und bestätige, dass das monatliche Gesamteinkommen (siehe Punkt „Wichtige Hinweise“ auf der Seite 8) der o. a. Personen nicht regelmäßig über 565 EUR monatlich in 2026 (2025 = 535 EUR) – für geringfügig Beschäftigte nicht über 603 EUR in 2026 (2025 = 556 EUR) – liegt.

Ermäßigung des Beitrages für Studenten

☐ Ich beantrage eine Beitragsermäßigung für Studenten für ☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4, da die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit für Kinder nicht vorliegen. Die Person(en) studiert/studieren an einer Universität, Fachhochschule, Fachschule/Berufsfachschule oder befindet/befinden sich in einem vorgeschriebenen Praktikum vor oder während des Studiums. Eine Immatrikulationsbescheinigung oder Bescheinigung der entsprechenden Schule ☐ füge ich bei ☐ reiche ich nach.

Begrenzung des Beitrages für privat pflegepflichtversicherte Ehepaare und eingetragene Lebensgemeinschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

☐ Ich beantrage eine Beitragsreduzierung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung. Ich bestätige, dass ein Ehepartner/Lebenspartner seit dem 01.01.1995 lückenlos in der PPV versichert ist. Weiterhin bestätige ich, dass das monatliche Gesamteinkommen (siehe Punkt „Wichtige Hinweise“ auf der Seite 8) des nachfolgend aufgeführten Ehepartner/Lebenspartner nicht regelmäßig über 565 EUR in 2026 (2025 = 535 EUR) – für geringfügig Beschäftigte nicht über 603 EUR in 2026 (2025 = 556 EUR) – liegt.

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:

Name, Vorname des Ehepartners/Lebenspartners bzw. Elternteils

Private Pflegepflichtversicherung besteht bei folgender Gesellschaft seit dem

Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschafts- oder Ruhensversicherung.

Sonstiges

Ich bin mit folgender Vereinbarung von Beitragszuschlägen für die Produktlinien 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**				
5 EUR	☐ Person 1	☐ Person 2	☐ Person 3	☐ Person 4
10 EUR	☐ Person 1	☐ Person 2	☐ Person 3	☐ Person 4
20 EUR	☐ Person 1	☐ Person 2	☐ Person 3	☐ Person 4

für ☐ fehlende Zähne

5 EUR pro fehlenden Zahn

☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4

Für die Tarife (R-)START-B, (R-)KOMFORT-B+ (nur Beitragszuschlag für fehlende Zähne) 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-)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-)EXKLUSIV-B in voller Höhe zu entrichten.

* Für den Tarif (R-)KOMFORT-B+ ist kein Beitragszuschlag für Sehhilfen bzw. Operationen zur Sehschärfenkorrektur vorgesehen.

** Soweit der jeweilige Tarif/auch zukünftige Tarife diese Leistungsposition sowie Beitragszuschläge hierfür vorsieht.

☐ **Ich bin mit Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze bzw. mit der Vereinbarung von Zahnhöchstsätzen für die Produktlinie 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 BK, BKE und BE der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung einverstanden:

☐ **Risikozuschlag für Sehhilfen (Brillen/Kontaktlinsen)**
(Betrag siehe Abschnitt „Beantragte Tarife, Feld „Zuschlag“)
☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4

☐ **Zahnstaffel 1***
☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4

☐ **Zahnstaffel 2***
☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3 ☐ Person 4

* (siehe Seite 9 im Abschnitt „Wichtige Hinweise – Fortsetzung“ die „Hinweise zu Verlängerung der tariflich vorgesehenen Zahnhöchstsätze/zur Vereinbarung von Zahnstaffeln“)

Wichtig: Vereinbarte Beitragszuschläge gelten für alle Tarife, welche hierfür Beitragszuschläge vorsehen. Sieht ein Tarif höhere Beitragszuschläge vor, erfolgt eine ggf. erforderliche Anpassung nach Absprache mit Ihnen. Ein anstelle eines Beitragszuschlages vereinbarter Leistungsausschluss gilt für diese Tarife ebenfalls.
Sofern eine Anwartschaftsversicherung geführt wird, ist der Beitragszuschlag erst ab Aktivierung zu entrichten. Gleiches gilt für Risikozuschläge.

Tarif ZahnEXKLUSIV(pur) – Anrechnung von Vorversicherungszeiten auf die Zahnhöchstsätze

Bestand bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur für mindestens zwei Jahre eine Zahnzusatzversicherung mit einem Erstattungssatz in Höhe von mindestens 80% für privatzahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
☐ nein ☐ ja*	☐ nein ☐ ja*	☐ nein ☐ ja*	☐ nein ☐ ja*

* Zur Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Zahnhöchstsätze benötigen wir innerhalb der nächsten 3 Monate - ab Tarifbeginn - einen Nachweis (Name Tarif / Beginn und Ende der Vertragslaufzeit) des Vorversicherers über das Bestehen der anderweitigen Zahnzusatzversicherung mit einem Erstattungssatz in Höhe von mindestens 80% für privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen. Eine Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Zahnhöchstsätze kann bedingungsgemäß erfolgen, sofern die Vorversicherung mindestens - bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung nach ZahnEXLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur - zwei Jahre bestand.

Informationen zum Vermittler

a) Vermittlerbegriff:
Vermittler in diesem Sinne sind der Agenturinhaber, Agenturpartner und in deren Namen arbeitende selbstständige Untervertreter sowie die in einer Bürogemeinschaft tätigen Vermittler. Weitere Informationen zu diesen Personen finden Sie auf der Vermittlerhomepage, auf die Sie unter *www.signal-iduna-agentur.de* über „Ansprechpartner“ gelangen.

b) Statusinformation und Beratungsgrundlage
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.

* Sofern es sich bei dem Sie betreuenden Vermittler um einen Makler handelt, den Sie zur Betreuung Ihrer Versicherungsangelegenheiten eingeschaltet haben, besteht die Möglichkeit, dass dieser sich zu administrativen Zwecken im Zusammenhang mit Ihrem Vertrag weiterer Dritter, insbesondere Intermediäre, bedient.

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.

Datenübermittlung an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) nach § 39 Abs. 4a Einkommensteuergesetz (EStG) (Lohnsteuerabzugsverfahren)

Als privates Krankenversicherungsunternehmen sind wir verpflichtet, die Höhe der Beiträge für eine private Krankenversicherung und eine private Pflegepflichtversicherung sowie den steuerlich als Sonderausgabe absetzbaren Teil dieser Beträge den Finanzbehörden im Voraus elektronisch zu übermitteln. Dieses Verfahren dient der Bildung von Lohnsteuerabzugsmerkmalen.
Es steht Ihnen frei, dieser Datenübermittlung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen. Je nach Inhalt des Widerspruchs ist dann der Arbeitgeberzuschuss steuerpflichtig und/oder die Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge werden nicht oder nur zum Teil als Sonderausgabe von der Lohnsteuer abgezogen. Somit kann die Steuerbelastung zunächst einmal zu hoch sein. Eine Korrektur kann dann erst bei der Einkommensteuerveranlagung erfolgen.

Wenn Sie der beschriebenen Datenübermittlung widersprechen möchten, verwenden Sie bitte das Formular 10060xx. Auch eine formlose Willenserklärung ist möglich.

Die Steuer-ID ist von Ihnen anzugeben. Wird die Steuer-ID dennoch nicht eingetragen oder ist diese nicht zutreffend, hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach § 22 a Abs. 2 EStG das Recht, die Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Finanzen abzufragen.

Antragsteller:

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) 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 infoscore 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.

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 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 nachentrichten. Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler 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 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 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: Ulrich Leitermann
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

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; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. 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, Bürgergeld, 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 unzweckmäßig.

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.

Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung)
Sind die Beiträge für den gewünschten Versicherungsschutz nach dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung berücksichtigungsfähig, hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach § 10 Abs. 2b Einkommensteuergesetz (EStG) die im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge an das Bundeszentralamt für Steuern unter Angabe der Vertrags- und Versichertendaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)), zu übermitteln. Als Steuerpflichtiger gilt die versicherte Person. Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird bei der Übermittlung zusätzlich die Steuer-ID und das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angegeben.

Die Steuer-ID ist von Ihnen anzugeben. Wird die Steuer-ID dennoch nicht eingetragen oder ist diese nicht zutreffend, hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach § 22 a Abs. 2 EStG das Recht, die Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Finanzen abzufragen.

Versicherungsteuer
Kranken- und Pflegeversicherungen sind ab dem 01.01.2022 nur noch unter bestimmten Voraussetzungen von der Versicherungsteuer befreit. Grundsätzlich liegt eine Steuerbefreiung vor, wenn der Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist und sich selbst versichert. Für alle anderen mitzuversichernden Personen hängt die Steuerbefreiung im Wesentlichen von deren Beziehungsstatus zum Versicherungsnehmer ab. Zur Prüfung, ob die Voraussetzung für eine Steuerbefreiung gegeben ist, sind daher entspr. Angaben erforderlich.

Neben den aufgeführten Beziehungsstatus gelten nach § 7 Abs. 3 PflegeZG (Pflegezeitgesetz) auch Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten der Geschwister, Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Lebenspartner, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwiegerkinder als nahe Angehörige. Nach § 15 AO (Abgabenordnung) sind dies zudem die/der Verlobte, Verwandte/Verschwägerte gerader Linie, und Pflegeeltern. Zudem bleibt der Status des nahen Angehörigen in einigen Fällen auch erhalten, wenn die die Beziehung begründete Ehe/Partnerschaft, Verwandtschaft oder häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht.

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 fehlenden Zahn
Produktlinie Beihilfe: ● START-B *1	5 EUR	10 EUR	5 EUR
Produktlinie Beihilfe: ● KOMFORT-B+ *1			
Produktlinie Beihilfe: ● EXKLUSIV-B *1,2 ● EXKLUSIV-B mit EXKLUSIV-B-E oder EXKLUSIV-B-E1	10 EUR	20 EUR	
Produktlinie Zahn: ● ZahnSTARTpur ● ZahnPLUS(pur) ● ZahnTOP(pur) ● ZahnEXKLUSIV(pur)			

*1 Die angegebenen Beitragszuschläge gelten multipliziert mit der versicherten Prozentstufe.

*2 Wenn ein Ergänzungstarif mitversichert wird, ist der Beitragszuschlag für Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur in voller Höhe zu zahlen.

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 15 a (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)					
		0	1	2	3	4	ab 5
Anzahl überkronter oder ersetzter Zähne älter 5 Jahre aus Frage 15 b	0	OE	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung
	1	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung
	2	OE	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung
	3	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung
	4	OE	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	5	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	6	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	7	Verl. ZHS/Staffel 1	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	8	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	9	Verl. ZHS/Staffel 2	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung
	ab 10	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

OE = ohne Erschwerung
Verl. ZHS = Verlängerung Zahnhöchstsätze

Bei Neuabschluss gelten folgende Vereinbarungen und Zahnhöchstsätze:

Tarife	(R-)START-SI	(R-)START-B	(R-)KOMFORT-SI	(R-)EXKLUSIV-SI	(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.			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	500 EUR	750 EUR	1.500 EUR	750 EUR	1.000 EUR
Vers.-Jahr 1. - 2.	1.000 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR	2.500 EUR	1.500 EUR	Vers.-Jahr 2. bis 1.500 EUR
Vers.-Jahr 1. - 3.	2.000 EUR	2.000 EUR	3.000 EUR	4.000 EUR	3.000 EUR	Vers.-Jahr 3. bis 2.000 EUR
Vers.-Jahr 1. - 4.	4.000 EUR	3.000 EUR	5.000 EUR	6.000 EUR	4.500 EUR	Vers.-Jahr 4. bis 2.500 EUR
Vers.-Jahr 5. - 8.	4.000 EUR	3.000 EUR	5.000 EUR	6.000 EUR	4.500 EUR	ab Vers.-Jahr 5 unbegrenzt
(ab) Vers.-Jahr 9.	4.000 EUR	4.000 EUR	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

Beihilfeergänzungstarif 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:

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 würde. 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. beigefügte ärztliche Unterlagen, ist mit Bezeichnung und Daten der Anlagen im Antrag hinzuweisen.

Von A “Allergische Erkrankungen“ bis Z “Zahn“

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?

Brustdrüsenerkrankungen
- 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)
- Erfolgten Kuren oder Heilverfahren? Wann?

Hüftgelenkserkrankungen
- 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?

Kniegelenkserkrankungen
- 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. Zwölffingerdarmerkrankungen
- 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 Helicobaktersanierung (Eradikatio)?
- 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, mehrmalig, ständig?)
- Liegt eine Hörminderung vor? re/li, bds.?
- Wird ein Hörgerät getragen bzw. ist dies angeraten oder verordnet worden?

Schilddrüsenerkrankungen
- Handelt es sich um eine Schilddrüsenvergrößerung (Struma, Kropf)?
- War bzw. ist in den letzten 3 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, Senkungsoperation, Gebärmutterentfernung, Eierstockentfernung re./li., Totaloperation)

Venenerkrankungen/Krampfadern
- Lokalisation, Dicke und Ausdehnung der Krampfadern? (z. B. Unterschenkel re./li., bleistiftdick)
- 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 Kompressionsstrümpfen verordnet oder angeraten?

Zahn-/Kieferfehlstellung·
- Wurde vom Zahnarzt eine Empfehlung ausgesprochen, einen Kieferorthopäden aufzusuchen?
- Gibt es bereits Kostenvoranschläge und Behandlungspläne für eine kieferorthopädische Behandlung?
- Wird bereits ein Retainer getragen?
- Erfolgten bereits Besuche beim Kieferorthopäden (auch Wiedervorstellungen)?

Zahnersatz-/Zahnbehandlungsmaßnahmen·
- Wurden solche Maßnahmen in den letzten 24 Monaten vom Zahnarzt empfohlen?
- Liegt bereits ein Kostenvoranschlag oder Behandlungsplan vor?
- Werden solche Maßnahmen bereits durchgeführt? (Nicht anzugeben sind reine Vorsorgetermine und Maßnahmen zur Prophylaxe.)

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.	Antragsherkunft

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 _____