



## Antrag auf Krankenversicherung

- ANTRAG ZUM ABSCHLUSS EINER EINZELVERSICHERUNG
- BEITRITT ZUR GRUPPENVERSICHERUNG
- ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG IN GKV-KOOPERATION

# **Inhaltsverzeichnis**

- Antrag auf Krankenversicherung / Beitritt zur Gruppenversicherung / Antrag auf Krankenversicherung in GKV-Kooperation
- Erklärung zum Krankentagegeld
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG
- Dienstleisterliste

# Übersicht Tarife und zu beantwortende Gesundheitsfragen

Für die nachstehend genannten Tarife sind nur die dort aufgeführten Gesundheitsfragen zu beantworten. Zu den nicht aufgeführten Tarifen sind immer die Fragen 1–11 zu beantworten, bei Tarifen mit zahnärztlichen Leistungen zusätzlich die Fragen 12 und 13.

Tarife	Fragen
KNHB*, KAZM	4
KDBE	12
KDT50, KDT85, KDTP100	12, 13
KHMR	9
KDT, KSHR, UZ1, UZ2, KBCK, KKHT, KKUR, VV65	keine
KGZ1, KGZ2, KS1, KS2	4, 7, 9, 10, 11
KPEK, KPET	9, 11, 14

Krankentagegeld (KT)	Fragen
KT ab dem 43. Tag**	4, 7, 9
KT vor dem 43. Tag	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11

\* Siehe Hinweis zu Tarif KNHB auf Seite 4 des Antrages / der Beitrittserklärung.

\*\*Bei Tarif KTAB sind immer die Fragen für ein „KT vor dem 43. Tag“ zu beantworten.

## Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärbungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.\* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

\*Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Antrag auf Krankenversicherung  Beitritt zur Gruppenversicherung  Antrag auf Krankenversicherung in GKV-Kooperation

### A. Angaben zum Antragsteller / Beitreten

Versicherungs-Nr. KV \_\_\_\_\_

Vorname / Nachname, Titel		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*
Straße und Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)		Geburtsdatum		Telefon privat / mobil (freiwillige Angabe)
PLZ	Wohnort	E-Mail / De-Mail (freiwillige Angabe)		
ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	seit	Besteht Mitgliedschaft in Kammer / Berufsverband? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name
Geschäfts- / Arbeitgebername		PLZ	Ort	
Straße und Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)		Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)		* Siehe Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörde (Seite 4).

### Beitritt zur Gruppenversicherung / Benennung des GKV-Kooperationspartners

Ich beantrage Versicherungsschutz nach den in der Gruppenversicherung bestehenden versicherbaren Tarifen und zu deren Annahmebedingungen.  
Daher erkläre ich diesbezüglich den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag mit:

GRP-VNR	Name des Gruppenversicherungsvertragspartners/Name des GKV-Kooperationspartners
---------	---

Der Gruppenversicherungsvertragspartner ist Versicherungsnehmer. Ich beantrage die Mitversicherung der / des unter Person 2 bzw. Person 1 und 2 aufgeführten mitversicherbaren Familienangehörigen / Lebenspartners.

Die Pflegepflichtversicherung kann nur im Rahmen der Einzelversicherung beantragt werden. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

### B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

<b>Person 1</b>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:				
Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*	
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer / Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger / Freiberufler	
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land bzw. Träger Heilfürsorge:	ambulant	stationär	Berücksichtigungsfähige Kinder? % Anzahl:		

<b>Person 2</b>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:				
Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)*	
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer / Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger / Freiberufler	
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land bzw. Träger Heilfürsorge:	ambulant	stationär	Berücksichtigungsfähige Kinder? % Anzahl:		

<b>Person 1</b>	<b>Beginn:</b>	Bei Krankentagegeld: <input type="checkbox"/> A58 ist beigelegt.			Bei Tarif KNHB: <input type="checkbox"/> A1/40 ist beigelegt.	
Umwandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tarif</b>						Zuschlag / Anrechnungsbetrag
<b>Beitrag</b>						Summe (monatlich)

<b>Person 2</b>	<b>Beginn:</b>	Bei Krankentagegeld: <input type="checkbox"/> A58 ist beigelegt.			Bei Tarif KNHB: <input type="checkbox"/> A1/40 ist beigelegt.	
Umwandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tarif</b>						Zuschlag / Anrechnungsbetrag
<b>Beitrag</b>						Summe (monatlich)

- AG-Bescheinigung  
 Anlage: Übertragungswertbescheinigung

Gesamtsumme Person 1 + 2

Besondere Vereinbarung (benötigt die schriftliche Genehmigung der Gesellschaft) / Erläuterung zur Umwandlung						
--	--	--	--	--	--	--

## C. Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich. Beachten Sie hierzu bitte auch Ihre Erklärung zur „**Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrages / der Berittserklärung“ auf Seite 4.** Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, müssen Sie diese gegenüber uns **innerhalb von drei Tagen** schriftlich nachholen. Senden Sie diese Angaben an die DKV – 50594 Köln. Bitte weisen Sie im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Für bereits versicherte Personen müssen Sie Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren nicht mit der Diagnose angeben. Voraussetzung ist, dass uns diese Gesundheitsstörungen und Behandlungen durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind. Dann reicht es aus, wenn Sie als Erläuterung zur Gesundheitsfrage angeben: „ist der DKV bekannt?“.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

**Rechtsfolgenbelehrung:** Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht bei einer Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z.B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

	Person 1 nein    ja	Person 2 nein    ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen / Behandlungen stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante / stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestehen ein körperlicher / organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte Bescheid beifügen. .... in %	<hr/>	<hr/>
10. Besteht eine Schwangerschaft? (Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Monat	<hr/>	<hr/>
11. Größe und Gewicht ....., cm / kg	<hr/>	<hr/>
12. Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Anzahl: .....	<hr/>	<hr/>
14. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zu Frage 12 und 13: Siehe auch „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzenen Zähnen / Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung“ auf Seite 4.**

**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „ja“ beantwortet:**

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden von-bis: / Pflege- bedürftigkeit seit:	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser Wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen / Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

Beiblatt zu Gesundheitsfragen (mit Datum und Unterschrift) beigelegt für: Person 1  Person 2

## D. Vorversicherungsangaben / Bestehende Versicherung und Beantragung Wartezeiterlass

Vorversicherung / Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Private oder gesetzliche Krankheitskosten-versicherung (Angabe des Versicherers und der Mitglieds-, Kassen- / Versicherungsnummer erforderlich.)	<input type="checkbox"/> pflicht-versichert	<input type="checkbox"/> pflicht-versichert
von: ..... bis: .....	von: .....	bis: .....
Pflegepflicht- bzw. soziale Pflegeversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von: ..... bis: .....	von: .....	bis: .....

**Antrag auf Beitragsbefreiung für Kinder in der privaten Pflegepflichtversicherung** (Wird kein Elternteil mitversichert, bitte Formular A40 befügen). Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i.S.d. Einkommensteuerrechts; vgl. Erläuterung Seite 4) bezogen? Und überschreitet dieses Einkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (im Jahr 2016: 415 Euro) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung 450 Euro?

Person 1  ja  nein

Person 2  ja  nein

Vorversicherung / Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Kurkosten- / Kurtagegeldanspruch	<input type="checkbox"/> ja (Bei „ja“ <b>kein</b> Abschluss von Tarif KKUR möglich.)	<input type="checkbox"/> ja (Bei „ja“ <b>kein</b> Abschluss von Tarif KKUR möglich.)
Kranken(tag)e geldanspruch	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: täglich	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: täglich
Krankenhaustagegeldanspruch	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: täglich	<input type="checkbox"/> ja, Höhe: täglich
Pflegezusatzversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich.)		
	von: bis:	von: bis:
	Tarif: Höhe: täglich	Tarif: Höhe: täglich

## **Beantragung Wartezeiterlass**

Ich beantrage:

**Person 1 Person 2**

- auf die Wartezeiten die Zeiten einer Vorversicherung anzurechnen. Dies ist möglich für die ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit bei der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Die bedingungsgemäßen Voraussetzungen müssen erfüllt sein. Dies gilt entsprechend für die ununterbrochene Dauer eines Anspruchs auf Heilfürsorge.
  - den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erlass der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung zu prüfen. Die Voraussetzungen hierfür sind auf Seite 4 genannt

#### E. SEPA-Lastschriftmandat / Beitragszahlung

- Bei Änderung des Vertrages: Das Lastschriftverfahren bleibt wie bisher. Ein SEPA-Mandatsformular ist nicht erforderlich.

Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer / Versicherter (bei abweichendem Kontoinhaber bitte eigenständiges SEPA-Mandat ausfüllen)

#### **Der Gesamtmonatsbeitrag soll abgebucht werden**

**Das angegebene Konto soll belastet werden zum (gilt nur für Folgebeiträge):**

- monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

1     8     16     34

Ich ermächtige die **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**, Aachener Straße 300, 50933 Köln (Gläubiger-ID DE95ZZZ0000012130), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Kalendertage vor dem SEPA-Basis-Lastschrifteinzug informiert mich der Zahlungsempfänger über die Abbuchung unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine und der Mandatreferenznummer.

TRAN: DE

### Kreditinstitut:

F. Schlusserklärung

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlich folgende Erklärungen ab:

- Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlichen folgende Erklärungen ab:

  - die Einwilligung zur Bonitätsprüfung auf Seite 5.
  - die Einwilligung zum Bestandsabgleich auf Seite 5.
  - die Zusatzerklärung auf Seite 5 und die Einwilligung zur Datenübermittlung an die DVK auf Seite 6.
  - die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigenflichtenbindungserklärung auf Seite 6

Hierzu zählt das Folgende:

- Hierzu zählt das Folgende:

  1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV.
  2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten.
  3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV.
    - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.
    - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen.
    - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen.
    - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler.
  4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Darüber hinaus gebe(n) ich (wir) die weiteren auf Seite 4 bis 6 aufgeführten Erklärungen ab.

Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig auch das vorstehend ausgefüllte SEPA-Lastenschriftemandat

Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenenden

---

**Unterschrift des Vermittlers**

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

## **Empfangsbestätigung**

Ich bestätige den Erhalt:

- der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
  - der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz.
  - des Informationsblattes der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG.

Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden

Interne Vermerke (vom Vermittler auszufüllen)

Interne Vermerke (Vom Vermittler auszutragen)					
1. RD/Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		%	Werbehilfe	Versicherungsschein / -ausweis an:	
2. RD/Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		<input type="checkbox"/> X-Antrag	NGST	Zugangsweg	Kunden-Nr.
Vertriebsstelle	Personal-Nr.	Filial-Nr.	<input type="checkbox"/> AG (003)	<input type="checkbox"/> PGK (002)	Kunden-Nr. (DT. Bank)

# Erklärungen des Antragstellers / Beitreten und der zu versichernden Person(en)

## Mir ist bekannt:

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein / Versicherungsausweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 01805 / 786 000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag/Beitrittserklärung) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückgewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammengehängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

#### Besondere Hinweise

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

#### Ende der Widerrufsbelehrung

### Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden über die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 10 Abs. 2a EStG)

Ich willige ein, dass die DKV personenbezogene Daten an die Finanzbehörden übermittelt. Dies gilt allein für solche Daten, die dazu bestimmt sind, die steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge zu ermitteln. Hierzu gehören:

- Namen,
- Vertragsdaten,
- Steueridentifikationsnummer,
- geleistete Beiträge,
- gegebenenfalls Informationen zu erstatteten Beiträgen.

Ich weiß, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht abgebe. Diese Folgen treten auch auf, wenn ich die Einwilligung einschränke. Ebenso wenn ich die Einwilligung nachträglich ganz oder teilweise widerrufe.

### Umwandlung von Tarifen mit Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen

Bei Umwandlung einer Versicherung, für die Sie einen Risikozuschlag zahlen, gilt: Wir erheben diesen Risikozuschlag zu dem gleichen Prozentsatz auch von dem neuen Tarifbeitrag, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

Bei Umwandlung einer Versicherung, für die wir mit Ihnen einen Leistungsausschluss vereinbart haben, gilt: Bisherige Leistungsausschlüsse bleiben auch nach der Umwandlung bestehen.

### Hinweise bei fehlenden nicht ersetzen Zahnen

#### - KombiMed Tarife KDT50, KDT85, KDTP100

Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzen Zahnen erheben wir pro fehlendem Zahn einen versicherungsmedizinischen Zuschlag. Dieser gilt für die Dauer der Versicherung. Er beträgt für Tarif KDT50 2,00 Euro, für Tarif KDT85 4,00 Euro und für Tarif KDTP100 7,00 Euro. Im Rahmen einer Beitragsanpassung überprüfen wir die Höhe des Zuschlags. Falls erforderlich, passen wir ihn an.

#### Einzelversicherung

Ab 4 fehlenden nicht ersetzen Zahnen ist der Abschluss der Tarife nicht möglich. Dies gilt auch bei laufenden, angeratenen oder beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahmen.

#### Gruppenversicherung

Ab 4 fehlenden nicht ersetzen Zahnen sind für die betroffene Person die Kosten für Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) nicht versichert. Dies gilt auch für Kosten für implantologische Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

#### - KombiMed Tarif KDT

Für die erstmalige Versorgung von bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden nicht ersetzen Zahnen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt für den provisorischen wie auch endgültigen Zahnersatz. Siehe dazu Nr. 1.3 der AVB.

### Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung

#### - KombiMed Tarife KDT50, KDT85, KDTP100, KDBE (Gruppenversicherung)

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB nicht. Hierunter fallen auch zahnärztliche, kieferorthopädische oder -chirurgische Maßnahmen.

#### - KombiMed Tarife KDT, KSHR, UZ1, UZ2, KBCK, KKHT, KKUR

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Siehe dazu Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB bzw. bei Tarif KBCK Teil 1 Nr. 5.2 der AVB.

#### - KombiMed Tarife UZ1, UZ2

Eine laufende oder angeratene Behandlung liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat.

### Hinweis zu Tarif KNHB

Bei Beantragung des Tarifes KNHB ist die Zusatzerklärung A1/40 erforderlich. Der Tarif ist nur in Verbindung mit:

- einem stationären Zusatztarif (mit Chefarztbehandlung) oder
- drei weiteren beliebigen Ergänzungstarifen versicherbar.

### Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrages / der Beitrittserklärung

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes besteht für Sie folgende Anzeigepflicht: Sie müssen uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände anzeigen. Dies sind solche Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Rechtsfolgenbelehrung bei den Fragen zur Gesundheit auf Seite 2.

### Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Bitte beachten Sie bei einem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung: Wir benötigen von der Krankenkasse einen Nachweis über Beginn und Ende der Mitgliedschaft. Haben Sie zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung beantragt? Dann benötigen wir auch einen Nachweis über den bisherigen Krankengeldanspruch.

#### Einzelversicherung

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können: Es empfiehlt sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

### Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV

Ich reiche innerhalb von 90 Tagen – gerechnet vom Datum der Antragstellung an – einen Nachweis über die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer ein.

Was muss aus diesem Nachweis hervorgehen?

Ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung (ggf. mit Bestandskonditionen) bestanden hat. Ob und für welchen Zeitraum eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.

#### Gesamteinkommen

Darunter fallen Einkünfte aus:

- Land- und Forstwirtschaft,
- Gewerbebetrieb,
- selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit,
- Kapitalvermögen,
- Vermietung und Verpachtung sowie
- sonstige Einkünfte gemäß § 22 EStG.

Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt. Rentenleistungen, die aus Kindererziehungszeiten resultieren, bleiben unberücksichtigt.

### Wartezeiterlass (nur Einzelversicherung)

Wir prüfen den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A29.

Für die KombiMed Tarife KDT50, KDT85, KDTP100 und KDBE prüfen wir den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A28.

Die Kosten für die ärztliche / zahnärztliche Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, wenn wir den Untersuchungsbericht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages erhalten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Fall unser Eigentum.

Für Tarife, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können, ist kein Wartezeiterlass möglich (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

## **Einwilligung zur Bonitätsprüfung**

Ich willige ein, dass die DKV Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten selbst oder bei einer Auskunfei einholt. Zudem willige ich ein, dass die DKV die erhobenen Daten zu den folgenden Zwecken verwendet:

- vor Vertragsabschluss, um meinen Antrag zu prüfen,
- nach Vertragsschluss, um meine Versicherung verwalten und abwickeln zu können (z. B. bei Zahlungsverzug).

Ich habe die dazu unten stehenden Erläuterungen unter Nr. 1 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

Ebenso willige ich ein, dass die DKV bei einer Auskunfei einen Scorewert einholt und verwendet. Ich weiß, dass dies erforderlich ist, um meinen Antrag zu prüfen. Ich bin informiert, dass der Scorewert auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugt wird. Für die Bestimmung des Scorewertes werden auch Anschriftendaten verwendet. Der Scorewert stellt eine Einschätzung meines Zahlungsverhaltens dar.

Ich habe die dazu unten stehenden Erläuterungen unter Nr. 2 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich weiß, dass die DKV verpflichtet ist, mir Auskünfte über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu geben. Ebenso muss mir die DKV:

- die Herkunft,
- die Empfänger sowie
- den Zweck der Speicherung.

mitteilen. Ich kann mich auch direkt an das Unternehmen wenden, das der DKV Auskünfte erteilt hat, um meine dort gespeicherten Daten zu überprüfen.

Weitere Informationen finden sich in der nachfolgenden Information zur Bonitätsprüfung.

## **Information zur Bonitätsprüfung**

1. Die DKV nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Anhand dieser Daten überprüft die DKV die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers oder Versicherungsnehmers. Hierdurch will die DKV Kosten für die Versichertengemeinschaft vermeiden, die entstehen, wenn ein Versicherungsnehmer zahlungsunfähig ist. Die DKV holt diese Auskünfte selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunfei (wie z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform). Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers oder Versicherungsnehmers an die Auskunfei übermitteln. Dazu zählen:

- der Name,
- die Anschrift und
- das Geburtsdatum.

2. Eine Auskunfei erstellt für die DKV eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers. Dazu bildet die Auskunfei auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren einen Scorewert. Der Scorewert ermöglicht der DKV, das zukünftige Zahlungsverhalten des Antragstellers einzuschätzen. Die DKV kann insbesondere einschätzen, ob ein Risiko von zukünftigen Zahlungsausfällen besteht. Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers an die Auskunfei übermitteln. Dazu zählen:

- der Name,
- die Anschrift und
- das Geburtsdatum.

3. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz haben Sie einen Anspruch auf Auskunft zu Ihren gespeicherten Daten. Auf Antrag teilt die DKV Ihnen die folgenden Informationen mit:

- die Herkunft der Daten,
- die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die die DKV Daten weitergibt,
- den Zweck der Datenspeicherung.

Der Anspruch auf Auskunft besteht sowohl gegenüber der DKV als auch gegenüber den eingeschalteten Auskunfeien. Die Auskünfte erhalten Sie beim Datenschutzbeauftragten der DKV und der entsprechenden Auskunfei.

**Scorewerte** beziehen wir zurzeit bei folgenden Auskunfeien:

- InfoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Tel.: 0 72 21 / 50 40 16 78,
- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: 06 11 / 9 27 80 (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 103441, 59474 Köln).

## **Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht**

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten. Diese verwenden wir zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages. Zudem nutzen wir sie, um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zuzusenden. Sie möchten in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten? Dann können Sie die Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie uns hierzu eine kurze Nachricht per Post: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln oder gern per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 01805 / 786 000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen). Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)\*.

\*oder aus dem Ausland +49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

## **Information zur Verwendung Ihrer Daten**

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos, zur Abwicklung des Vertrages sowie im Leistungsfall benötigen wir Ihre persönlichen Daten. Wie wir Ihre Daten erheben, verarbeiten oder nutzen, ist gesetzlich geregelt. Es ist selbstverständlich, dass wir die relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie alle weiteren maßgeblichen Gesetze beachten. Darüber hinaus haben wir uns verpflichtet, die **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** einzuhalten. Deshalb informieren wir Sie umfassend über die Verwendung Ihrer Daten. Dadurch machen wir die Verarbeitung Ihrer Daten für Sie transparent.

Weiter gehende Informationen wie

- Erläuterungen zu den Verhaltensregeln,
- Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen,

- Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, die für uns tätig sind,

- öffentliches Verfahrensverzeichnis der DKV

finden Sie auf [www.dkv.com](http://www.dkv.com) unter „Datenschutz“.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gern einen Ausdruck dieser Dokumente zu. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Kundenservice unter 0 800 / 3 74 64 44 oder an [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com).

## **Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer Daten**

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten. Sie haben das Recht, falsche oder unvollständige Daten berichtigten zu lassen. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig erweist. Wir löschen Ihre Daten, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Dabei müssen wir die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen beachten. Ihre Rechte können Sie geltend machen unter der oben genannten Telefonnummer oder E-Mail-Adresse oder beim Datenschutzbeauftragten: DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Datenschutzbeauftragter (DATS K)  
Scheidweiler Straße 4  
50933 Köln  
oder [datenschutz@dkv.com](mailto:datenschutz@dkv.com).

## **Gilt nur bei Gruppenversicherung**

### **Einwilligung zum Bestandsabgleich**

Mir ist bekannt, dass die DKV und der Versicherungsnehmer bei Beitritt zur Gruppenversicherung einen Bestandsabgleich durchführen. Dieser Bestandsabgleich erfolgt auch nach Vertragsschluss regelmäßig einmal im Jahr. Hierdurch wird festgestellt, ob ich (weiterhin) in der abgeschlossenen Gruppenversicherung versicherungsfähig bin. Ich willige ein, dass die DKV jährlich meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer übermittelt. Das sind:

- Name,
- Adresse und
- Geburtsdatum.

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherungsnehmer diese Daten für den Bestandsabgleich nutzt und speichert. Das Ergebnis übermittelt er an die DKV.

Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich an der Gruppenversicherung nicht teilnehmen. Falls ich die Einwilligung widerrufe, kann der Vertrag in der Gruppenversicherung nicht fortgeführt werden.

## **Versicherbarer Personenkreis**

Ich bin Mitglied / Mitarbeiter des auf Seite 1 genannten Gruppenversicherungsvertragspartners. Ich gehöre daher ab Beginn des Versicherungsschutzes zum versicherbaren Personenkreis dieses Gruppenvertrages. Mir ist Folgendes bekannt: Die Mitversicherung von Familienangehörigen ist nur möglich, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

## **Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt am 1. des Monats, der auf den Zugang der Beitreteleklärung bei uns folgt, bzw. zu dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrages. Bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR), müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.

## **Vorversicherung**

Bestand in den letzten sechs Monaten vor Abgabe der Beitreteleklärung kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, gilt Folgendes: Für die betroffene versicherte Person ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Dazu erhalten Sie von uns einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck (A29). Diesen müssen Sie innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung ausgefüllt zurückgeben. Die Kosten für die Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle unser Eigentum.

## **Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen**

Die DKV unterhält Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Wenn zwischen meiner Krankenkasse und der DKV eine solche Kooperation besteht, kann mein Vertrag im Rahmen dieser Kooperation zustande kommen. Für diesen Fall gebe ich die folgenden Erklärungen ab:

## **Zusatzerklärung**

Ich willige ein: Die DKV ist berechtigt, meiner gesetzlichen Krankenversicherung Angaben aus meinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten weiterzugeben. Diese Angaben können Art und Umfang, Wechsel und Ende meines Versicherungstarifs betreffen. Meine gesetzliche Krankenversicherung darf diese Angaben speichern und nutzen. Zusätzlich willige ich in Folgendes ein: Meine gesetzliche Krankenversicherung darf der DKV regelmäßig Auskunft über das Bestehe bzw. das Ende meiner Krankenversicherung geben.

## **Sonderkonditionen**

### **Wartezeiten**

Die in den AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen. Dies gilt nicht für Tarife, die wie Gesundheitsfragen abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

### **Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (KombiMed Tarife KTG, KTN2)**

Die Tarife KTG und KTN2 sehen in den AVB ein ordentliches Kündigungsrecht vor. Wir verzichten hierauf.

### **Entfall der Sonderkonditionen**

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn

- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung endet.

## Einwilligung zur Datenübermittlung an die DKV

Mir ist bekannt, dass Grundlage dieses Vertrages eine Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse ist. Im Rahmen dieser Kooperation können die DKV und meine Krankenkasse einen besonderen Service für die Leistungsabwicklung anbieten: Meine Krankenkasse kann Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne von Leistungserbringern, die sie nicht oder nur teilweise übernimmt, direkt an die DKV weiterleiten. Eine Erstattung dieser Kosten kommt nämlich grundsätzlich aus der bei der DKV für mich bestehenden privaten Ergänzungsversicherung infrage. Für mich hat dies mehrere Vorteile: Ich muss die Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne nicht selbst an die DKV senden. Ich spare dadurch Zeit und Kosten. Außerdem wird die Erstattung beschleunigt.

Wenn die Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse diesen besonderen Service vorsieht oder dieser Service später eingeführt wird, möchte ich an diesem Angebot teilnehmen. Meine Krankenkasse darf die genannten Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne direkt an die DKV weiterleiten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse zusammen mit jeder Rechnung / jedem Heil- und Kostenplan folgende Daten: Name, Adresse, Geburtsdatum und – falls vorhanden – Krankenversicherungsnummer an die DKV übermittelt.

Auch willige ich darin ein, dass die DKV die von meiner Krankenkasse erhaltenen Rechnungen und Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt, soweit dies zur Durchführung meiner privaten Ergänzungsversicherung erforderlich ist. Ich bin darüber informiert, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. An dem Angebot kann ich jedoch nur dann teilnehmen, wenn ich diese Erklärung abgebe. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Den Widerruf kann ich an die DKV oder meine Krankenkasse senden.

## 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 / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV 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. die ERGO Versicherungsgruppe AG, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DKV unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (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 DKV

**Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag / dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung 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 DKV 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.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

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

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

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.dkv.com](http://www.dkv.com) eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die DKV 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 DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG 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 DKV 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 DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV 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 DKV 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 Weiterleitung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV 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 DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV 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 Versicherungsvermittler 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 vermittelte 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 DKV meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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 DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung / Stellung der Beitrittserklärung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die DKV 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.**

\*Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

## DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender

Dr. Christoph Jurecka · Silke Lautenschläger · Dr. Johannes Löper · Frank Neuroth

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Markus Rieß

Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, USt-IdNr.: DE123489120

# **Erklärung zum Krankentagegeld (A58)**

Das Formular A58 ist in der Einzelversicherung (EV) und in der Gruppenversicherung (GV) bei folgenden Sachverhalten zwingend erforderlich:

- **Beantragung eines Krankentagegeldtarifes für:  
Angestellte, Selbstständige und Freiberufler**
- **Veränderung der Karenzzeit und / oder Tagegeldhöhe  
eines versicherten Krankentagegeldtarifes für:  
Angestellte, Selbstständige und Freiberufler**
- **Tarif TL**

Bitte reichen Sie die Erklärung ausgefüllt und vom Kunden unterschrieben mit dem Antrag / der Anfrage bzw. der Beitrittserklärung ein.

DMS 01011

Versicherungsnummer (falls vorhanden) <b>KV</b>	Anlage zum Antrag / zur Anfrage /zur Beitrittserklärung vom:	RD/Agt. (Verm.-KD-LM)/ OE-Nr.
Vor- und Nachname des Antragstellers / Anfragesteller / Beitretenenden:		

**Erklärung zum Krankentagegeld****Person 1****Person 2**

Vorname(n) / Zuname						
z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)						
Krankentagegeldtarif(e) bzw. Tagegeldtarif TL	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler
	Tarif	Leistungsbeginn ab Tag	Tagegeldhöhe	Tarif	Leistungsbeginn ab Tag	Tagegeldhöhe
			Euro			Euro
			Euro			Euro
			Euro			Euro

Die Höhe des beantragten Krankentagegeldes darf Ihr tägliches Nettoeinkommen nicht überschreiten. Wir ermitteln dieses Nettoeinkommen anhand Ihres Jahresbruttoeinkommens. Vergleichen Sie bitte Punkte 1-2 auf der Rückseite. Sonstige Ansprüche auf Krankentagegeld rechnen wir an. Dies gilt sowohl für Arbeitnehmer als auch für Selbstständige / Freiberufler.

**Angaben für Arbeitnehmer:****Person 1****Person 2**

Für welche Dauer besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?		Tage	Tage
Durchschnittliches monatliches <b>Bruttoeinkommen</b> in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit? Beachten Sie bitte Punkte 1.1 oder 1.2 auf der Rückseite.		mtl.	mtl.

**Angaben für Selbstständige und Freiberufler:****Person 1****Person 2**

Beginn der selbstständigen bzw. der freiberuflichen Tätigkeit:		
Durchschnittliches monatliches <b>Nettoeinkommen</b> in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit? Beachten Sie bitte Punkt 2 auf der Rückseite.		mtl.
Zusätzliche Angaben:		mtl.

**Zusätzliche Angaben bei einem Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH**

<b>Person:</b>	Ist für Sie in dem Gesellschafter-/Geschäftsführer-Vertrag ein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge während einer Arbeitsunfähigkeit geregelt?
<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> nein, keine Regelung
<input type="checkbox"/> Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> ja, kein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge
<input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> ja, Fortzahlung der Bezüge zu 100% <sup>1)</sup> gilt für _____ Tage <input type="checkbox"/> ja, in Form eines Zuschusses zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Zuschuss beträgt _____ Euro täglich. Die Zahlung erfolgt ab dem _____ Tag bis zum _____ Tag einer Arbeitsunfähigkeit.

<sup>1)</sup> Ist eine Fortzahlung der Bezüge von weniger als 100 % vertraglich festgelegt: Zur Prüfung eines Angebots benötigen wir eine Kopie des Geschäftsführervertrages.

**Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Tarif TL**

Monatliches Bruttoeinkommen der zu versichernden Person: \_\_\_\_\_ Euro

Höhe des Zuschusses zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Euro täglich

Besteht eine Absicherung der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (AAG) bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

nein     ja, \_\_\_\_\_ Euro werktäglich bzw. \_\_\_\_\_ % vom weitergezahlten monatlichen Entgelt

# Ermittlung des Krankentagegeld-Bedarfs

## 1. Krankentagegeldberechnung für Arbeitnehmer

Als maßgebliches Nettoeinkommen gilt:

80 % des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate vor der Antragstellung. Dabei berücksichtigen wir zum Beispiel auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

Wir unterscheiden bei Arbeitnehmern nach gesetzlich oder privat Versicherten.

### 1.1 Gesetzlich versicherter Arbeitnehmer (GKV)

Für gesetzlich Versicherte Arbeitnehmer (Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder) gilt eine modifizierte, vereinfachte Prüfung auf den abschließbaren Krankentagegeld-Höchstsatz. Entnehmen Sie den maximalen Krankentagegeld- Höchstsatz der Tabelle im Taschentarif.

Sollte das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen höher sein, ist der Krankentagegeld-Höchstsatz wie folgt zu berechnen:

Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen  
davon 80 %  
geteilt durch 30 Tage  
abzüglich Krankengeldhöchstsatz (der GKV)  
= Krankentagegeld-Höchstsatz

### 1.2 Privat versicherter Arbeitnehmer (PKV)

Maßgebliches Nettoeinkommen  
= 80 % des Bruttoeinkommens (ohne Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen)

## 2. Krankentagegeldberechnung für Selbstständige / Freiberufler

Das Nettoeinkommen entspricht dem Gewinn vor Steuern. Berechnen Sie es wie folgt:

Betriebseinnahmen (aus Geschäftsbetrieb bzw. Praxis)  
abzüglich Betriebsausgaben  
= **Gewinn vor Steuern** (nach § 2 Abs. 2.1 Einkommensteuergesetz)

## 3. Absicherung für Arbeitgeber nach Tarif TL

### 3.1 Absicherung der Gehaltsfortzahlung an Arbeitnehmer

monatliches Bruttogehalt  
geteilt durch 30 Tage  
= **Tagegeld-Satz für Tarif TL**

### 3.2 Zuschuss zum Krankengeld der Kasse für Arbeitnehmer

Höhe täglicher Krankengeldzuschuss  
= **Tagegeld-Satz für Tarif TL**

# Liste der Dienstleister

Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungs-Verfahren nutzen			
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG ERGO Direkt Versicherung AG	ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG	ERGO Versicherung AG Victoria Lebensversicherung AG VORSORGE Lebensversicherung AG

## Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Versicherungsgruppe AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	T-Systems	Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	FWS Fieldwork Services GmbH	Kundenzufriedenheitsbefragungen
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH	In- und Outbound-Telefonie
	Inter Assistance GmbH	Assistanceleistungen
	Inter Partner Assistance Service GmbH	Assistanceleistungen
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	LEGAL AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG Victoria Lebensversicherung AG	VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG VORSORGE Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

## Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikations-dienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Assisteure	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
	Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Kooperationspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**

50594 Köln

**Telefon 0 800 / 3 74 64 44** (gebührenfrei)\*

**Telefax 0 18 05 / 786 000**

(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

\* oder aus dem Ausland +49 / 2 21 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

[service@dkv.com](mailto:service@dkv.com), [www.dkv.com](http://www.dkv.com)

Ihre persönliche Betreuung vor Ort: