

DFV-ZahnSchutz

Versicherungsnehmer

Anrede Frau Herr Dr. Prof. Titel

Vorname

Nachname

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Geburtsdatum T T M M J J J J Versicherungsbeginn 0 1 M M 2 0 1 J Der Versicherungsbeginn muss in der Zukunft liegen.

Telefon Mobil Festnetz

E-Mail

Der Versand Ihrer Vertragsunterlagen erfolgt auf elektronischem Weg, dafür benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse.

Abweichende versicherte Person anstelle des Versicherungsnehmers

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T M M J J J J Geschlecht männlich weiblich

Weitere Angaben zur versicherten Person

Hinweis: Bei Antragstellung bereits beschädigte, erkrankte und fehlende Zähne oder bekannte oder medizinisch angetatene oder bereits begonnene Behandlungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

gesetzlich krankenversichert

Folgende **Tarifvariante** wird beantragt:

DFV-ZahnSchutz	
Tarif	Exklusiv 100
Monatsbeitrag	, €

Beitragszahlung

IBAN D E Bankleitzahl Kontonummer

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Vor-/Nachname abweichender Kontoinhaber

Ich willige bis auf Widerruf ein, dass mich die DFV Deutsche Familienversicherung AG zukünftig über Versicherungsangebote per Telefon und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit formlos gegenüber der DFV Deutsche Familienversicherung AG erklärt werden.

Ich erteile der DFV Deutsche Familienversicherung AG ein **SEPA-Lastschriftmandat** nach den Bestimmungen auf der Rückseite (**Buchstabe A**). **Ich bestätige, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen** auf der Rückseite zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sowie zur Bonitätsprüfung auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, an andere Stellen und an Rückversicherer zur Kenntnis genommen zu haben und stimme diesen ausdrücklich zu (**siehe Buchstabe B**). **Ich verzichte** zum jetzigen Zeitpunkt **auf die Aushändigung der Vertragsbestimmungen** einschließlich der Versicherungsbedingungen und der weiteren Informationen nach der aufgrund des § 7 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz erlassenen Rechtsverordnung. Sämtliche Vertragsbestimmungen erhalte ich dann in Textform zusammen mit meinem Versicherungsschein. **Ich nehme zur Kenntnis**, dass ich den Versicherungsvertrag nach Erhalt der Vertragsbestimmungen und des Versicherungsscheines innerhalb von **zwei Monaten in Textform widerrufen** kann. **Ich bestätige**, die **Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht** zur Kenntnis genommen zu haben (**siehe Buchstabe C**).

Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

A) SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DFV Deutsche Familienversicherung AG (Gläubiger-ID: DE09ZZZ00000032690), die laufenden Versicherungsbeiträge aus dem beantragten Versicherungsvertrag unter der Mandatsreferenznummer, die der Policen-Nummer entspricht, entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise von dem angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit das Kreditinstitut an, auf das Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die DFV Deutsche Familienversicherung AG wird mich spätestens drei Tage vor der Abbuchung über den bevorstehenden Einzug informieren.

B) Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten

Ich willige ein, dass die DFV Deutsche Familienversicherung AG (nachfolgend „DFV“) meine personenbezogenen Daten erheben, speichern und nutzen darf, soweit dies zur Angebotserstellung, Antragsprüfung oder zur Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages sowie für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist. Soweit der Versicherungsvertrag im Rahmen einer Kooperation zwischen der DFV und meiner Krankenkasse vermittelt wurde, **willige ich ein**, dass die DFV meiner Krankenkasse allgemeine Vertragsdaten (z.B. Name, Geburtsdatum, Policen-Nummer, Versicherungsschutz, -beginn und -ende) übermitteln darf, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung und Durchführung der Versicherungsverträge erforderlich ist, und dass meine Krankenkasse diese Daten zu den genannten Zwecken von der DFV erhebt, speichert und nutzt. Soweit der Versicherungsvertrag durch einen Vermittler und ggfls. über einen Pool vermittelt wurde, gelten die vorstehenden Erklärungen zur Datenerhebung und -nutzung sowie zum Datenaustausch sinngemäß auch bezogen auf den Vermittler und den Pool, auch zur Provisionsabrechnung. **Ich willige auch ein**, dass meine Krankenkasse das Bestehen und die Beendigung einer Versicherung bzw. einer Mitgliedschaft zum Zwecke der Prüfung der Voraussetzungen für einen Versicherungsvertrag mitteilt.

2. Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die DFV die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht, erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages sowie für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist. Soweit weitere Personen mitversichert werden sollen, gelten Ihre Erklärungen auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen.

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

Ich entbinde in den Fällen Ziffern 3.1-3.3 die Mitarbeiter der DFV und der anderen Stellen bei der Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages sowie für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung informiert.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die DFV meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentprechend verwendet und die Ergebnisse an die DFV übermittelt werden.

3.2 Datenweitergabe bei Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Ich willige ein, dass die DFV meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an andere Stellen übermittelt und, dass die Gesundheitsdaten dort für Zwecke wie z.B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DFV dies tun dürfte. Die DFV führt hierzu eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DFV erheben, verarbeiten oder nutzen. Die aktuelle Liste kann im Internet unter www.deutsche-familienversicherung.de/datenschutz eingesehen oder per E-Mail unter datenschutz@deutsche-familienversicherung.de angefordert werden.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen und an Vermittler

Ich willige ein, dass die DFV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten - soweit für die Erfüllung und Absicherung Ihrer Ansprüche, zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles erforderlich - an Rückversicherungen oder an meinen Versicherungsvermittler sowie ggfls. an dessen Pool übermitteln darf und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Es werden dabei möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch in Ausnahmefällen auch Gesundheitsangaben verwendet.

Die DFV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie beratende Vermittler u.a. auch nach § 203 StGB geschützte Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Versicherungsvertrag angenommen werden kann.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt

Kommt der Versicherungsvertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DFV Ihre bei der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DFV bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DFV meine Gesundheitsdaten - wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Bonitätsauskunft

Der Kontoinhaber willigt ein, dass die DFV zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung eine Bonitätsprüfung bei der arvato infocore GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden durchführt und zu diesem Zweck meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Geburtsdatum, Anschrift) nach dort übermittelt. Dabei werden Scorewerte ermittelt, bei denen es sich um Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren handelt, die immer nur ein allgemeines Zahlungsausfallrisiko und nicht die Bonität einer konkreten Person beschreiben.

Ich willige auch ein, dass die bei der Bonitätsprüfung übermittelten Ergebnisse während der Laufzeit dieses Versicherungsvertrages nach den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und zur Verbesserung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere, die Versicherungsgemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

6. Widerruf Ihrer Einwilligung und Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten (Ziffern 1 bis 5) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen bzw. der Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, zu widersprechen. Eine Verarbeitung durch die DFV ist dann ausgeschlossen, es sei denn, es liegen zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen oder wenn die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen durch die DFV dient.

7. Weitere Betroffenenrechte

Sie haben das Recht, jederzeit auf Antrag unentgeltlich Auskunft über die über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie auf Übermittlung der von Ihnen der DFV bereitgestellten Daten. Zusätzlich haben Sie das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung und Löschung unzulässig erhobener, gespeicherter oder genutzter Daten sowie bei Wegfall des Zweckes, für den die Daten ursprünglich erhoben wurden. Zur Geltendmachung Ihrer Rechte (Ziffern 6 und 7) wenden Sie sich vertrauensvoll an unseren Datenschutzbeauftragten per E-Mail an: datenschutz@deutsche-familienversicherung.de oder per Post an: Deutsche Familienversicherung, Datenschutzbeauftragter, Reuterweg 47, 60323 Frankfurt am Main.

C) Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sie sind verpflichtet, die Ihnen von uns vor Vertragsabschluss in Textform gestellte/n Frage/n, insbesondere die Gesundheitsfrage/n, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, es sei denn Sie beweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen. Dann dürfen wir den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Das Rücktrittsrecht wegen grober Fahrlässigkeit und das Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis des nicht angezeigten Umstandes geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.