

Barcode

Neu Änderung

FD	Versicherungs-Nr.	Kollektivvertrag/Abrechnungsgruppe/Mitglieds-Nr.	Telefon tagsüber
----	-------------------	--	------------------

Name, Vorname, Titel des Antragstellers/Versicherungsnehmers (VN)

Straße und Hausnummer

LKZ	Postleitzahl	Wohnort
-----	--------------	---------

Geb.-Datum	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Nationalität/in Deutschland seit:	E-Mail
------------	---	-----------------------------------	--------

Arbeitnehmer Selbstständiger nicht erwerbstätig in Ausbildung

A Zu versichernde Person(en)

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführte(n) Person(en) den Abschluss bzw. die Änderung eines Krankenversicherungsvertrages nach Tarif central.prodent.

1	Vorname, Name	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn: 01. _____ 20 _____
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)		

2	Vorname, Name	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn: 01. _____ 20 _____
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)		

3	Vorname, Name	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn: 01. _____ 20 _____
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)		

B Abbuchungserlaubnis

Bei Zustandekommen eines Vertrages ermächtige ich die Central, bis auf Widerruf die Beiträge **monatlich** von folgendem Konto abzurufen:

Konto-Nummer	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstituts /Zweigstelle
--------------	--------------	---

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart wird.

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)
--	--

C Gesundheitsfrage

Damit wir Ihren Antrag prüfen können, beantworten Sie bitte nachstehende Frage. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z.B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ am Ende dieses Formulars.

Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Central unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne). Je Zahn ist ein Zuschlag von 5,00 € erforderlich. Ab vier fehlenden und nicht ersetzten Zähnen kann keine Annahme des Antrages erfolgen.	Person 1	Person 2	Person 3
	<input type="checkbox"/> keine Anzahl	<input type="checkbox"/> keine Anzahl	<input type="checkbox"/> keine Anzahl

Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angetratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

D Beiträge

	Person 1	Person 2	Person 3
Beitrag	_____ €	_____ €	_____ €
Beitragszuschlag je fehlenden und nicht ersetzten Zahn 5,00 €	_____ €	_____ €	_____ €
Gesamtbeitrag monatlich	_____ €		

E Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine Zahnersatzversicherung für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Central angeben)?

Personen	Nein	Ja	Versicherungsunternehmen (VU)	Versicherungsnummer	von	bis	wer kündigte? VN VU
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen“, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages wird. Eine Durchschrift des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

X Ort, Datum Unterschriften (Vorname, Name) des Antragstellers, der volljährigen Mitversicherten/gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Central erhalten, verständigen Sie uns bitte.

G Empfangsbestätigung (folgende Unterlagen habe ich erhalten)

<input checked="" type="checkbox"/> Tarif central.prodent mit AVB, Kundeninformation mit Informationsblatt BaFin und Merkblatt zur Datenverarbeitung	Erklärung des Versicherungsvermittlers: Die Richtigkeit der Unterschriften bestätige ich. Eine Durchschrift des Antrages wurde dem Antragsteller ausgehändigt.
<input checked="" type="checkbox"/> Produktinformationsblatt	
<input checked="" type="checkbox"/> Beratungsdokumentation/Verzichtserklärung zu diesem Antrag	
X Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) des Antragstellers	FIN-ASS GmbH Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) des Antragvermittlers

Partnerinformation	Direktbetreuung	Sonderbetreuung	Auswertungssperre	Stellennummer 065022
--------------------	-----------------	-----------------	-------------------	--------------------------------

Partnerinformationen				
Kundenummer COMMERZBANK	VW	Filial-Nr.	T/V	UV
				SKZ

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

I. Erklärung zur beantragten Versicherung

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, der Tarif central.prodent mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die Central schriftlich die Annahme des Antrages erklärt.

2. Widerrufsbelehrung

a) Widerrufsrecht

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem ich den Versicherungsschein, 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 habe. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Bei einem Widerruf per Telefax schicken Sie diesen an folgende Faxnummer: 0221 1636 200.

b) Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und die Central erstattet mir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die Central in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

c) Besondere Hinweise

Mein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf meinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von mir als auch von der Central vollständig erfüllt ist, bevor ich mein Widerrufsrecht ausgeübt habe.

3. Mindestvertragsdauer/Versicherungsjahr

Der Vertrag wird bedingungsgemäß in der Krankheitskostenversicherung vom beantragten Versicherungsbeginn für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt regelmäßig mit dem im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz bei Neugeborenen und bei adoptierten Kindern bereits mit der Geburt oder Adoption beginnen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

5. Erklärung zu anderweitigen Versicherungen

Ich verpflichte mich, ab Antragstellung die Central über den Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages bei einem weiteren Versicherer unverzüglich zu unterrichten.

6. Binde- und Annahmefrist/Wartezeiten

An diesen Antrag bin ich sechs Wochen gebunden. Die Bindefrist beginnt mit der Entgegennahme des Antrages durch den Vermittler und bei unmittelbarer Antragstellung mit dem Eingang bei der Central. Werden zu bereits bestehenden Versicherungen zusätzliche Versicherungen oder Höherstufungen vereinbart, sind insoweit die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

II. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die Central zur Risikobeurteilung Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir gewünschten Versicherungsschutz zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

In diesem Zusammenhang entscheide ich mich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Ich kann diese Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen:

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich Ärzte und Pflegepersonen sowie die Beschäftigten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten drei Jahren (bei stationärem Aufenthalt: in den letzten fünf Jahren) untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder um Versicherungsschutz nachgesucht habe.

Die Central wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung der Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Central in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen schriftlich von ihrer Schweigepflicht entbinde.

III. Erklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass die Central im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Unterlagen zur Vertragsanbahnung oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung

des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen und künftigen Vertragsanbahnungen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor meiner Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Informationen überlassen wird.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellte Frage wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

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

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

Was ist für Sie sonst noch wichtig?

1. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

2. Stellvertretung durch eine andere Person

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