

Änderungsantrag

Für EV/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

1
0

 Stand: 01.2021 **AN212306**

Bestehende Versicherungsnummer

RD-AGT-Nr.

GKR-AGT-Nr.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)**

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

 VN ist VP 1

Postleitzahl

Ort

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

Kollektivvertragsnummer

Zu versichernde
Person 1 (VP)

 Wenn VN = VP
hier bitte keine
Angaben
machen

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

 Abweichende Anschrift
(immer angeben Beiblatt
211377 ist beizufügen)

Zu versichernde
Person 2 (VP)

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

 Abweichende Anschrift
(immer angeben Beiblatt
211377 ist beizufügen)

Zahlweise
 jährlich (4 % Nachlass)

 1/2-jährlich

 1/4-jährlich

 monatlich

 wie bisher

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren

 nein

 ja

**Für Beantragung
Krankentage-
geld**

 Für die **Beantragung eines Krankentagegeldes** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

Wichtiger Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift unter dem Antrag bestätigen Sie, dass das beantragte **Krankentagegeld** zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende **Nettoeinkommen nicht übersteigt**.

VP

1
 angestellt

_____ Wochen Gehaltsfortzahlung

 selbstständig

 nur aufsichtsführend

 auch mitarbeitend

selbstständig seit (MM.JJJJ)

 Anzahl sozialvers. pfl.
Angestellte

 Stammkapital Anteil (in %)
bei GmbH-Geschäftsführern

 _____ Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung in EUR*
 (*Definition durchschnittliches Nettoeinkommen siehe § 4 Abs. 2.1 – 2.3 AVB)

2
 angestellt

_____ Wochen Gehaltsfortzahlung

 selbstständig

 nur aufsichtsführend

 auch mitarbeitend

selbstständig seit (MM.JJJJ)

 Anzahl sozialvers. pfl.
Angestellte

 Stammkapital Anteil (in %)
bei GmbH-Geschäftsführern

 _____ Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung in EUR*
 (*Definition durchschnittliches Nettoeinkommen siehe § 4 Abs. 2.1 – 2.3 AVB)

**Beginn und
Dauer der
Versicherung**
0 1 . . 2 0
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarifen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Versicherungs-
umfang und
Beitrags-
berechnung**

VP

1

Tarifname

Monatlicher Beitrag

**Medizinischer
Wagnisausgleich**
**Monatlicher Gesamt-
(Mehr)Beitrag**

+

=

+

=

+

=

+

=

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 1
▶
2

+

=

+

=

+

=

+

=

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 2
▶
Monatlicher Gesamtbeitrag
▶
Tarifabgang

VP 1

VP 2

Angaben zum Gesundheitszustand Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bitte geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§ 19 Abs. 5 VVG) auf S. 6/8.

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind bereits bei Antragstellung laufende und angeratene Untersuchungen oder Behandlungen – auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung – nicht mitversichert.

Nicht bei Zahntarifen beantworten	1. Körpergröße (in cm) und -gewicht (in kg) 1 _____ cm _____ kg 2 _____ cm _____ kg	Person 1 nein ja	Person 2 nein ja		
	2. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen , Therapien, Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher / geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		_____ %	_____ %		

Bei Tarifen mit Zahnschutz beantworten **Bei Zahnergänzungstarifen gelten die Vereinbarungen zu fehlenden Zähnen und begonnenen/angeratenen Behandlungen auf S.7/8.**

9. **Fehlen Zähne** (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen), die noch nicht ersetzt sind?

Anzahl _____

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen / Therapien, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (MM.JJJJ)	Behandlungsfrei		Beschwerdefrei		Operationen		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tarif MediZ Duo Verkürzte Leistungsbegrenzung bei Vorversicherung
Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 80 % bei dem folgenden Unternehmen:

	Nein	Ja	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens
VP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.
Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen

Derzeitiger Versicherungsschutz Wie sind Sie zurzeit versichert?

	in der PKV privat versichert	in der GKV versicherungspflichtig	in der GKV freiwillig versichert	Bei welcher PKV bzw. GKV?	Versicherungszeitraum (MM.JJJJ)
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____

Angaben zu bestehenden Tagegeldversicherungen Bitte geben Sie anderweitig bestehende Tagegeldversicherungen an.

	Krankenhaustagegeld Tagessatz	Krankentagegeld Tagessatz	Bei welcher PKV bzw. GKV?
VP 1	_____	_____	_____
VP 2	_____	_____	_____

Beendigung / Ablehnung in den letzten 5 Jahren Ist eine bestehende oder bestandene PKV vom VU beendet oder ein Antrag von einem VU abgelehnt worden?

	Wurde ein Antrag abgelehnt?		Wurde ein Vertrag vom VU beendet?		Name PKV
	nein	ja (MM.JJJJ)	nein	ja (MM.JJJJ)	
VP 1	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 2	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Gesondertes Beiblatt Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das **Beiblatt** „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und **beizufügen**. **Gesondertes Beiblatt?** nein ja

Erlass der Wartezeiten Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsmäßigen Wartezeiten. **Die Untersuchungskosten übernehme ich.**

	Person 1		Person 2	
	nein	ja	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Vereinbarungen Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? nein ja, und zwar _____

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

Einwilligung in die Datenverarbeitung Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung	3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer	3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Schluss-erklärungen Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. **Beachten Sie** hierzu auch die auf den folgenden Seiten beschriebenen „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.

Unterschriften Ort, Datum (immer angeben) _____ **Antragsteller/Versicherungsnehmer** _____ **Zu versichernde Personen ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittlerdaten Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel _____ **Vermittler** _____

Original für Gothaer · 1. Kopie für Vermittler · 2. Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer



SEPA-Lastschrift-Mandat



Hinweise Bitte **alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.
Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.
 Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.
 Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger Gothaer Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522
 Arnoldiplatz 1
 50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck

_____ Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen
 _____ Anrede, Vorname, Name
 _____ Straße und Hausnummer
 _____ Land PLZ Ort
 _____ IBAN (Internationale Bankkontonummer)
 _____ BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts
 Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Ort, Datum und Unterschriften
 _____ Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____ Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichendem Beitragszahler _____ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
 Name des Versicherungsnehmers

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)
 Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter www.gothaer.de/datenschutz.

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

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 Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Gothaer benötigt 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 weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

Ich willige ein, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten 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 Gothaer 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 Gothaer 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 Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Gothaer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe 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 Gothaer 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 Gothaer Ihren Versicherungsantrag 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 Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer 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 können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Gothaer 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 Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Gothaer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet 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 Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungs-schutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Gothaer 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.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.

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?

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 einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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 Gefahrsicherung 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.

4. 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.

5. 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 rückwirkenden 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.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, **die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben**, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Bei Anträgen auf Krankentagegeld

Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld:

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht	Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen . Die Frist beginnt, nachdem Sie 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 haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
Widerrufsfolgen	Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie , wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzahlender 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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
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. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat . Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)	Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de . Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigelegt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen . Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter www.gothaer.de/datenschutz .
---	--

Informationen zur Antragstellung und Besondere Vereinbarung zu den Zahnergängungstarifen MediDent, MediProphy, MediProphy Basis, MediZ Duo, MediZ Basis, MediZ Plus und MediZ Premium

1. Wann können Sie den Versicherungsschutz abschließen? (Versicherungsfähigkeit)	Sie können einen der Zahnergängungstarife nur abschließen, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Fehlende Zähne Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, gelten nicht als fehlende Zähne. 4 fehlende Zähne Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen, können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten. Angeratene Maßnahmen Bitte beachten Sie: Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung und vor Vertragsabschluss bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen in den Tarifen MediDent, MediZ Duo, MediZ Basis, MediZ Plus und MediZ Premium	Kein oder 1 fehlender Zahn – ohne besondere Vereinbarung: Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung. Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls sie nach dem Vertragsabschluss erstmalig angeraten und durchgeführt werden. 2 oder 3 fehlende Zähne – Abschluss mit besonderer Vereinbarung: Es gilt die Besondere Vereinbarung „Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne“: Sämtliche Kosten derjenigen zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung angegebenen fehlenden Zähne (siehe Ziffer 1) zu ersetzen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und werden nicht erstattet. Für sonstige zahnärztliche Leistungen haben sie tariflichen Anspruch, falls sie nach dem Vertragsabschluss erstmalig angeraten und durchgeführt werden.
3. Tarif MediZ Duo Vorversicherung bei Zahnersatz	Besteht für die versicherte Person bis zum Beginn der Versicherung in Tarif MediZ Duo eine Vorversicherung – bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder – innerhalb der Tarifwelt des Versicherer die einen Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privat Zahnärztliche Zahnersatzleistungen vorsieht, gilt die verkürzte Leistungsbegrenzung nach Abschnitt B Ziffer 1.2 der AVB Teil II.

Gesellschaft
Sitz
Aufsichtsrat
Vorstand

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Dr. Sylvia Eichelberg (Vorsitzende),
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Harald Ingo Eppele, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller

Postanschrift **50598 Köln**

Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 35505
USt-IdNr. DE122786611

Ausfüllhilfe für den Antrag

Angaben zum Gesundheitszustand

Alle Gesundheitsfragen müssen richtig und vollständig beantwortet werden. Bei dem geringsten Zweifel, ob etwas anzugeben ist oder nicht, gilt:

Geben Sie vorsichtshalber immer alles an, auch wenn

- es bereits ausgeheilt ist
- es als unwesentlich empfunden wird
- es nicht als Krankheit betrachtet wird/wurde
- keine Behandlung stattgefunden hat
- nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt wurden
- nur Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen werden

Bitte geben Sie auch alle weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Kontrolluntersuchungen an. Nur so vermeiden Sie im Leistungsfall Rückfragen.

Sie müssen nicht für jeden Tarif alle Fragen beantworten. Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, welche Fragen für die von Ihnen beantragten Tarife beantwortet werden müssen:

Antragsfragen									
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x	x	
MediClinic Basis	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.								
MediClinic Plus / MediClinic Premium	x	x	x	x	x	x	x	x	
MediClinic S Plus / MediClinic S Premium*	x	x	x	x	x	x	x	x	
MediDent									x
MediPrävent Basis / MediPrävent Premium	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.								
MediProphy / MediProphy Basis									x
MediR	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.								
MediSafe	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.								
MediZ Basis / Plus / Premium									x
MediZ Duo									x
K	x	x	x	x	x	x	x	x	
TG/MTG 6	x	x	x	x	x	x	x	x	

* nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Zu beachten bei Faxanträgen

Bitte fügen Sie bei Faxanträgen **immer** die Seiten „Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung“, „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“/„Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „SEPA-Lastschrift-Mandat“ hinzu.

RisikoHotline – nur für Vermittler

In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 308-24096** zur Verfügung.

Nutzen Sie die RisikoHotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:

- Schnelle Information an den Kunden
- Vermeidung von Arztberichten und Attesten
- Hohe Direktentscheidungsquote
- Einheitliche und transparente Risikopolitik