

Expert Versicherungsmakler
 Kietz 33
 14793 Gräben
 Telef. 03 38 33-70 929
 www.privateversicherung.de
 www.expertversicherung.de

Antrag auf Abschluss einer Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Antrag stellende Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		Telefon/Telefax privat/geschäftlich
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/-in Angestellte/-r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/-r	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen/Hausmänner, Schüler/-innen, Studenten/-innen, Rentner/-innen)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.
 Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz (bitte Ihre Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person	2. Zu versichernde Person	3. Zu versichernde Person
Vorname, Zuname	Vorname, Zuname	Vorname, Zuname
Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum	Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum	Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)	Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)	Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)
Tarif DENT	Tarif DENT	Tarif DENT

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Widerrufliche Einzugs-ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €). Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten Sie die wichtigen Hinweise

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die wichtigen Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Widerrufsrecht

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheines und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, Telefon 01803-202150 (9ct./Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom; die Gebühren für Anrufe aus einem anderen Festnetz oder einem Mobilfunknetz können abweichen), Fax: 01803-202612, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler/-in

Für Minderjährige muss der/die gesetzliche Vertreter/-in unterschreiben.

Interne Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
		Invers 7801441			
GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF					
<input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

Dok 100587

830565 01.2008

Expert Versicherungsmakler
Kietz 33
14793 Gräben

Telef. 03 38 33-70 929
www.privateversicherung.de
www.expertversicherung.de

Durchschrift
für den
Antragsteller

Antrag auf Abschluss einer Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Antrag stellende
Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		Telefon/Telefax privat/geschäftlich
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/-in Angestellte/-r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/-r	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen/Hausmänner, Schüler/-innen, Studenten/-innen, Rentner/-innen)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle
folgenden
Ver-
sicherungsschutz
(bitte Ihre
Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person	2. Zu versichernde Person	3. Zu versichernde Person
Vorname, Zuname	Vorname, Zuname	Vorname, Zuname
Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum	Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum	Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Geburtsdatum
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)	Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)	Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)
Tarif DENT	Tarif DENT	Tarif DENT

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Widerrufliche
Einzugs-
ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €). Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten
Sie die wichtigen
Hinweise

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die wichtigen Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Widerrufsrecht

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheines und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, Telefon 01803-202150 (9ct./Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom; die Gebühren für Anrufe aus einem anderen Festnetz oder einem Mobilfunknetz können abweichen), Fax: 01803-202612, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler/-in

Für Minderjährige muss der/die gesetzliche Vertreter/-in unterschreiben.

Interne
Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
		Invers 7801441			
GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF					
<input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

Dok 100587

830565 01.2008

Expert Versicherungsmakler
Kietz 33
14793 Gräben

Telef. 03 38 33-70 929
www.privateversicherung.de
www.expertversicherung.de

Durchschrift
für den
Außendienst

Antrag auf Abschluss einer Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Antrag stellende
Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		Telefon/Telefax privat/geschäftlich
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/-in Angestellte/-r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/-r	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen/Hausmänner, Schüler/-innen, Studenten/-innen, Rentner/-innen)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle
folgenden
Versicherungs-
schutz
(bitte Ihre
Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person			2. Zu versichernde Person			3. Zu versichernde Person		
Vorname, Zuname			Vorname, Zuname			Vorname, Zuname		
Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)		
Tarif DENT			Tarif DENT			Tarif DENT		

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Widerrufliche
Einzugs-
ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €). Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten
Sie die wichtigen
Hinweise

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die wichtigen Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Widerrufsrecht

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheines und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, Telefon 01803-202150 (9ct./Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom; die Gebühren für Anrufe aus einem anderen Festnetz oder einem Mobilfunknetz können abweichen), Fax: 01803-202612, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler/-in

Für Minderjährige muss der/die gesetzliche Vertreter/-in unterschreiben.

Interne
Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
		Invers 7801441			
GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF					
<input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

Dok 100587

830565 01.2008

Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Allgemeine Hinweise und Erklärungen

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de.

Die Anschrift des Ombudsmanns für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin, info@pkv-ombudsmann.de

Gerichtsstand

Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen

Aufenthalt nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt

ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angeben muss. Bei fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag zu kündigen, bei grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Pflichtverletzung kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, oder ihn anfechten und ggf. die Leistun-

gen verweigern. Wäre der Vertrag bei Kenntnis der Risiken angenommen worden, wird ein erforderlicher Risikozuschlag/Leistungsausschluss oder eine erforderliche Leistungsbeschränkung auf Verlangen des Versicherers bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ab Vertragsbeginn einseitig durch den Versicherer zum Vertragsinhalt gemacht. Unvollständige oder unrichtige, aber auch bagatelisierende Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen und können

– neben den bereits beschriebenen Folgen im Versicherungsfall – zu Verzögerungen bei der Entscheidung über den Antrag führen. Falls der/die Antragsteller/-in gewisse Angaben in diesem Antragsformular nicht machen möchte, so kann er/sie diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe Versicherungsträger) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen.

Einwilligungserklärung I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG).

Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Abschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziff. II.)
Einem intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt

haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)
Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
- b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;

- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA-Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV-Winterthur-Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder

absichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;

- durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA-Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z. B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
- zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerninterner Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann

es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen

- zur Beratung und Information über Versicherungen- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/ Vereinen Vorteilskonditionen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA-Gruppe oder eine Auskunftstelle (z.B. Bürgel, Infocore, Creditreform, SCHUFA);
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA-Gruppe oder eine Auskunftstelle eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten

Datenverwendung
Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- Ich willige in die Verwendung der erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- Ich willige ferner ein, dass die von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter

Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.
An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur

Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die

Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Information zu den Leistungsbegrenzungen

Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsgrenzen:

1.-12. Monat insgesamt höchstens	300 EUR
1.-24. Monat insgesamt höchstens	600 EUR
1.-36. Monat insgesamt höchstens	900 EUR
1.-48. Monat insgesamt höchstens	1.200 EUR

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Versicherungsträger

DBV-Winterthur Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Zentraldirektion:
Frankfurter Straße 50
65172 Wiesbaden

Sitz Wiesbaden
(AG Wiesbaden - 21 HRB 10120 -)

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Herbert Falk

Vorstand: Dr. Frank W. Keuper (Vors.),
Wolfgang Hanssmann, Ulrich C. Nießen,
Anette Rosenzweig, Gernot Schlösser,
Dr. Heinz-Jürgen Schwing

Günstige Beiträge für Sie.

Zahnersatz-Zusatzversicherung DENT	
Alter	Frauen/Männer
0-20	2,50 EUR
21-40	7,40 EUR
41-60	9,70 EUR
61-80	12,80 EUR
ab 81	12,80 EUR

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für Personen, die das 20., 40., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende dann geltende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Expert Versicherungsmakler
Kietz 33
14793 Gräben

Telef. 03 38 33-70 929
www.privateversicherung.de
www.expertversicherung.de