

Zahnversicherung **Aktuell** ^{TOP}



Bitte Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

RH-Finanzservice
Rolf Herchenbach
Breslauer Str. 56 C

76139 Karlsruhe



Antrag
ARAG Z90 Bonus

DentalPro Tarife Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90

Vorsorgetarif V100



Ges.	Abschluss-VP	Abschluss-Orga	%-Anteil	VS-Versand über AST
	49309			<input type="checkbox"/> ja

Tel. Nr. AV	Fax Nr. AV

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss/die Änderung einer Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip im zahnärztlichen Versorgungsbereich gewählt wurde.

Neuantrag Änderungsantrag ARAG Vertrags-Nr.

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Herr Frau Name, Vorname, Titel Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Adresszusatz

PLZ Wohnort Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) Fax (freiwillige Angabe)

Angestellter Selbstständiger Freiberufler Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Versicherungsbeginn

Datum zugleich Termin der 1. Beitragsfälligkeit

0,1

Zahlungsweise

jährlich (4% Skonto) ½-jährlich (2% Skonto) ¼-jährlich monatlich

Ich wünsche die widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge zum 1. eines Monats zum 15. eines Monats (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Zu versichernde Person 1

Herr Frau Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) Geburtsdatum

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

Angestellter Selbstständiger Freiberufler Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Zu versichernde Person 2

Herr Frau Name, Vorname, Titel Geburtsdatum

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

Angestellter Selbstständiger Freiberufler Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Zu versichernde Person 3

Herr Frau Name, Vorname, Titel Geburtsdatum

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

Angestellter Selbstständiger Freiberufler Derzeit ausgeübter Beruf und Branche

Tarife und Beiträge

Person 1	<input type="checkbox"/> Z100	<input checked="" type="checkbox"/> Z90Bonus	<input type="checkbox"/> Z70	<input type="checkbox"/> Z50/90	<input type="checkbox"/> V100*	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro
Person 2	<input type="checkbox"/> Z100	<input type="checkbox"/> Z90Bonus	<input type="checkbox"/> Z70	<input type="checkbox"/> Z50/90	<input type="checkbox"/> V100*	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro
Person 3	<input type="checkbox"/> Z100	<input type="checkbox"/> Z90Bonus	<input type="checkbox"/> Z70	<input type="checkbox"/> Z50/90	<input type="checkbox"/> V100*	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro

* Für Tarif V100 müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden

Gesamtbeitrag

(Beitragsrate mindestens 4 Euro) Monatlicher Gesamtbeitrag inkl. evtl. Zuschläge Euro

Original: ARAG HVKV / 1. Kopie: VP / 2. Kopie: Antragsteller

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Wir dürfen gemäß Gendiagnostikgesetz weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages genetische Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch ist es uns untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse bzw. Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Sie sind jedoch verpflichtet, bestehende Erkrankungen und Vorerkrankungen anzugeben – unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie auf der ersten Antragsrückseite unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Fragen an die zu versichernden Personen

1. Sind Sie bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert?

Person 1 ja nein Name der Krankenkasse

Person 2 ja nein Name der Krankenkasse

Person 3 ja nein Name der Krankenkasse

Antragsteller

2. a) Finden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen statt oder sind solche notwendig, vom Zahnarzt empfohlen oder beabsichtigt? Wenn ja, legen Sie einen aktuellen zahnärztlichen Befundbericht – Artikel Nr. A 804 – bei.

b) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt? Wenn ja, benötigen wir einen aktuellen Parodontal-Status.

c) Wie viele Zähne fehlen bei Ihnen und sind nicht ersetzt (ohne Milch-/Weisheitszähne, einen vollständigen Lückenschluss müssen Sie nicht als fehlenden Zahn angeben) und/oder wie viele Ihrer Zähne sind durch Prothesen ersetzt (herausnehmbarer Zahnersatz):

	Person 1		Person 2		Person 3	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
2. a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. c)	Anzahl* <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine		Anzahl* <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine		Anzahl* <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine	
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Wenn kein zahnärztlicher Befundbericht/Parodontal-Status notwendig ist (Fragen 2 a und 2 b wurden mit „nein“ beantwortet) und 1-3 Zähne pro versicherter Person fehlen und/oder durch eine Prothese ersetzt sind, erklären Sie sich mit einem Beitragszuschlag von 20 Prozent je Zahn einverstanden.

Falls Sie mit dem Beitragszuschlag nicht einverstanden sind, gilt bei 1-3 Zähnen folgende Vereinbarung: Für die bei Antragstellung fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) und allen hiermit zusammenhängenden Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.

*Ab vier Zähnen ist eine Annahme nicht möglich.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so beantworten sie diese unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag und verweisen Sie im Antrag auf dieses Beiblatt.

Beratungsprotokoll

Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (nicht Zutreffendes bitte streichen). Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (nicht Zutreffendes bitte streichen). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10 und erhalten Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

Information über ARAG Versicherungen bitte ankreuzen

Sie sind damit einverstanden, dass wir und die von uns beauftragten Versicherungsvermittler Sie über aktuelle Versicherungsangebote und Services zu den Sparten Rechtsschutz Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrtversicherung Krankenversicherung Lebensversicherung informieren. Die Informationen wünschen Sie telefonisch per E-Mail/SMS.

Datenschutz

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft
Grundsätzlich richtet sich der Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten nach den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft. Weitere Details finden Sie auf der Rückseite unter „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung
Wir nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ARAG Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Wenden Sie sich dazu bitte an:
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München, Fax +49 89 4124-9525, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Sie willigen darüber hinaus ein (falls nicht zutreffend, bitte streichen), dass wir Ihre Anschrift auch dann zu Werbezwecken nutzen dürfen, wenn diese im Rahmen des Vertragsverhältnisses über eine Melderegisteranfrage aktualisiert wurde.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ARAG Krankenversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

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

- durch die ARAG Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG (unter 2.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)

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.

Diese wichtigen Erklärungen einschließlich zusätzlicher Informationen finden Sie auf der Rückseite des Antrags mit folgender Gliederung:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG
 - 2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen ab. Desweiteren bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben. Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ ab. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Auch haben Sie die übrigen Hinweise auf der Rückseite zur Kenntnis genommen.

Unterschriften
Vor- und
Zunamen

Ort/Datum	Antragsteller
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 3. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Empfangsbestätigung

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III,
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht).

Zusätzlich haben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschriften
Vor- und
Zunamen

Ort/Datum	Antragsteller
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 3. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Wichtige Hinweise/Erklärungen

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Allgemeinen ist es von Versicherungsunternehmen nicht erwünscht, dass eine bestehende private Krankenversicherung aufgegeben wird, um zu einer anderen Gesellschaft zu wechseln. Auch kann dies für den Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person mit Nachteilen verbunden sein.

Bitte informieren Sie sich deshalb, bevor Sie einen bestehenden Vertrag kündigen. Am besten warten Sie vor der Kündigung auch die Annahme Ihres Antrags durch uns ab, damit Sie nahtlosen Versicherungsschutz haben.

Tarif- und Bedingungsübersicht

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90 und V100 setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, MB/KK 2009), Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibungen) zusammen.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten 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 innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München 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 den nachstehenden Informationen 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 einfach 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 (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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 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.

Ihre ARAG Krankenversicherungs-AG

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „**Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft**“ verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.ARAG.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie aktuelle Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie aktuelle Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen aus.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den ARAG Kunden-Service wenden. Sie erreichen uns telefonisch unter +49 89 4124-8200.

Natürlich können Sie uns auch schreiben: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München oder per E-Mail an Anfrage-KV@ARAG.de

Betriebliche Datenschutzbeauftragte

Die Kontaktdaten unseres betrieblichen Datenschutzbeauftragten finden Sie auf unserer Internetseite www.arag.de unter dem Stichwort „Datenschutz“.

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zur Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und anderen besonderen Arten personenbezogener Daten

Sofern bei der Risiko- oder Leistungsprüfung oder in der Schadenbearbeitung Gesundheitsdaten verarbeitet werden, holen wir zuvor eine Einwilligungs- und ggf. auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihnen bzw. beim Betroffenen ein. Sollen andere besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des § 3 Abs. 9 BDSG erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie beispielsweise die Information über eine Gewerkschaftszugehörigkeit als Tarifmerkmal wird mit dem betreffenden Antrag eine entsprechende Einwilligungserklärung vom Antragsteller eingeholt.

Wichtige Erklärungen zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I“

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon + 89 4124-8200, service@ARAG.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag 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 ARAG Krankenversicherungs-AG 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG 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.

Bitte zurück an

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München

oder per Fax 089 4124-9525

Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs-/Antrags-Nr.

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Behandlungsplan	R																	L
Befund																		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																		
Behandlungsplan																		

Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
- () = Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant? Bitte den Behandlungsplan in o. g. Schema eintragen.

Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK = Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Maßnahmen erforderlich/geplant? ja nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Erklärung des Antragstellers zum Antrag vom für

Versicherungs-/Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem: Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung



I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE | 4. ARAG Lebensversicherungs-AG |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Vif GmbH |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG | 6. Interlloyd Versicherungs-AG |

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3. + 4.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	Postcon National GmbH	Postbearbeitung	nein
	rcDDM GmbH	Druck und Versand	ja
außer 5.	Reisswolf Deutschland GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Krankenversicherung Aktiengesellschaft	Leistungsbearbeitung	ja
	Ihr Rehabilitations-Dienst GmbH	Disease-Management	ja
ARAG Krankenversicherungs-AG	AGA Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARBMED GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA rentable GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IMB Consult GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Viamed GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
ARAG Lebensversicherungs-AG	ARAG SE	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	zum Teil
Interlloyd Versicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In- Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein	
Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein	
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragsbefreiung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG-Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Neue Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.