

# KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für die KombiMed Tarife

Ambulant

Zahn

Stationär

Pflege

Tagegeld  
(nicht KTC, KTAB)

<input type="checkbox"/> Neukunde <input type="checkbox"/> ERGO-Mitarbeiter	Kunden-Nr.	Versicherungs-Nr. <b>KV</b>			DMS 01206	
1. BD/Agt. (Verm.-KD-LM)/ OE-Nr.	Provision	%	<input type="checkbox"/> X-Antrag	Zugangsweg	Werbehilfe	Versicherungsschein an: <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Vermittler
2. BD/Agt./ OE-Nr.	Provision	%	<input type="checkbox"/> Z-Antrag	NGST.		

## A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname, Titel		Geburtsdatum		Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße und Hausnummer		Telefon (privat)*			
PLZ	Wohnort	Telefon (mobil)*			
Geschäfts-/ Arbeitgebername		Telefon (geschäftlich)*			
Straße und Hausnummer		E-Mail*			
PLZ	Ort	De-Mail*			
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		seit	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

\* Angaben freiwillig

## B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

### Person 1 (Angabe nur erforderlich falls abweichend vom Antragsteller)

Vorname(n) / Zuname			
Straße und Hausnummer			
PLZ	Wohnort		
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

### Person 2 (Angabe nur erforderlich falls abweichend vom Antragsteller)

Vorname(n) / Zuname			
Straße und Hausnummer			
PLZ	Wohnort		
zzt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Nationalität	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

Umwandlung	Tarif(e)	Leistungsbeginn (Tag) / Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	abzüglich Anrechnungsbetrag	+ evtl. Zuschlag	zu zahlender Beitrag	Beginn		
							Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>									20
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<b>monatlicher Gesamtbeitrag</b>									

Umwandlung	Tarif(e)	Leistungsbeginn (Tag) / Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	abzüglich Anrechnungsbetrag	+ evtl. Zuschlag	zu zahlender Beitrag	Beginn		
							Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>									20
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<b>monatlicher Gesamtbeitrag</b>									

**Gesamt-Monatsbeitrag Person 1 und Person 2**

**Erläuterungen zur Umwandlung** (z. B. Änderungen / Erhöhungen zu Tagegeld)

--

## C. Sonstige Angaben

### Wartezeiten

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den auf Seite 5 genannten Voraussetzungen.

**Person 1**  nein  ja

**Person 2**  nein  ja

Bestand, besteht oder ist privater Krankenversicherungsschutz beantragt?

Person	Wenn ja, bitte Versicherer und Versicherungs-Nr. eintragen.	von-bis	Krankheitskostenversicherung	Krankentagegeldanspruch (KT)	Krankenhaus-tagegeldanspruch (KHT)	Kurkosten- (KurK)/ Kurtagegeldanspruch (KurT)	wenn ja, Höhe KT, KHT und KurT
<b>1</b>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.
<b>2</b>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.

Bestand, besteht oder ist gesetzlicher Krankenversicherungsschutz beantragt?

Person	Wenn ja, bitte gesetzliche Krankenkasse, Ort und Mitglieds-Nr. eintragen.	von-bis	freiwillig versichert	Krankengeldanspruch (KT)	wenn ja, Höhe KT
<b>1</b>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.
<b>2</b>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	tägl.

### Nur bei Beantragung der Tarife KPET und KPEK:

Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung?

**Person 1**  nein  ja

**Person 2**  nein  ja

Bestand, besteht oder ist eine sonstige private Pflegeergänzungsversicherung beantragt?

Person	Wenn ja, bitte Versicherer und Versicherungs-Nr. eintragen.	von-bis	Tarif	ggf. Tagegeld-Höhe
<b>1</b>				
<b>2</b>				

## D. Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

**Person 1**     Arbeitnehmer     Selbstständiger     Freiberufler    **Person 2**     Arbeitnehmer     Selbstständiger     Freiberufler

Person	Art der freiberuflichen Tätigkeit / des selbstständigen Gewerbes Seit wann?	Eintragung ins Handelsregister / Gewerbeanmeldung Seit wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?
<b>1</b>				
<b>2</b>				

Für Arbeitnehmer bzw. geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

**Person 1**    \_\_\_\_\_ Tage / \_\_\_\_\_ Wochen

**Person 2**    \_\_\_\_\_ Tage / \_\_\_\_\_ Wochen

### Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Tarif TL

Besteht eine Absicherung der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

nein                       ja, \_\_\_\_\_ EUR werktäglich bzw. \_\_\_\_\_ % vom weitergezahlten monatlichen Entgelt

## E. Fragen zur Gesundheit

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich, siehe dazu auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“ auf Seite 5. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin.**

Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren, die der DKV durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht mit der Diagnose angegeben zu werden. Hier reicht es aus, wenn als Erläuterung zur Gesundheitsfrage „ist der DKV bekannt“ angegeben wird.

**Rechtsfolgenbelehrung:** Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag), geschlossen hätten. Bei einer von Ihnen zu vertretenen Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Für die nachstehend genannten Tarife sind nur die dort aufgeführten Gesundheitsfragen zu beantworten. Zu den nicht aufgeführten Tarifen sind immer die Fragen 1–11 zu beantworten, bei Tarifen mit zahnärztlichen Leistungen zusätzlich die Fragen 12 und 13.

Tarife	Fragen
KAZM, KNHB	4
KDBE	12
KDT50, KDT85	12, 13

Tarife	Fragen
KHMR	9
KDT, KSHR, UZ1, UZ2, KBCK	keine
KGZ1, KGZ2	4, 7, 9, 10, 11

Tarife/Krankentagegeld (KT)	Fragen
KPEK, KPET	9, 11, 14
KT ab dem 43. Tag	4, 7, 9
KT vor dem 43. Tag	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11

	Person 1		Person 2	
	nein ▼	ja ▼	nein ▼	ja ▼
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestehen ein körperlicher/organischer Fehler, eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte Bescheid beifügen .....	in %		_____	
10. Besteht eine Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monat		_____	
11. Größe und Gewicht .....	cm/kg		_____/_____/_____	
12. Findet zur Zeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Anzahl .....	_____		_____	
14. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zu Frage 12. und 13.: s. a. „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen bzw. laufender/angeratener Behandlung“ auf Seite 5.**

**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „ja“ beantwortet:**

Pers.	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?); Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden von-bis; Pflegebedürftigkeit seit:	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen/Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

Beiblatt zu Gesundheitsfragen (mit Datum und Unterschrift) beigefügt für: Person 1  Person 2

**F. Besondere Vereinbarungen** (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

**G. Beitragszahlung**

Der Gesamtbeitrag soll  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich abgerufen werden.  
 Das erforderliche Mandatsformular für das Lastschriftverfahren wurde ausgefüllt und unterschrieben beigefügt.  
 Bei Vertragsänderung: Lastschriftverfahren wie bisher (kein Mandatsformular für das Lastschriftverfahren erforderlich)

**H. Schlusserklärungen**

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung** auf der Seite 6 ab. Dazu zählen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV
  - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen
  - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen
  - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Darüber hinaus habe(n) ich (wir) die auf Seite 5 aufgeführten Hinweise und Erklärungen u. a. die **Widerrufsbelehrung** zur Kenntnis genommen.

**Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.**

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers	
Unterschrift des Vermittlers	DKV-Spezialist	Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

**Empfangsbestätigung**

Ich bestätige den Erhalt  
 – der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen  
 – der Informationsblätter gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz  
 – des Informationsblattes „Hinweise zu den Tarifen nach Art der Schadenversicherung“, falls beantragt

Datum	Unterschrift des Antragstellers
-------	---------------------------------

**Einverständniserklärung**

**Unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages bin ich damit einverstanden**, dass der mich betreuende Vermittler der ERGO Versicherungsgruppe und die Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe (**ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Versicherung AG, DKV, D.A.S.**) mich zu Versicherungs- und Finanzdienstleistungs-Produkten für mich und meine Familie sowie zwecks Vereinbarung eines persönlichen Termins

per Mail  per Telefon (bitte Zutreffendes ankreuzen)

kontaktieren. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers
-------------	---------------------------------

Mein Einverständnis kann ich jederzeit formfrei widerrufen – z.B. per E-Mail an service@dkv.com oder per Telefon: 0 800/3 74 64 44 (gebührenfrei).

# Hinweise und Erklärungen

## Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en)

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 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:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 18 05 / 786 000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

#### 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.

**Ende der Widerrufsbelehrung**

### Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen bzw. laufender/angeratener Behandlung

#### – KombiMed Tarife KDT50, KDT85 und KDBE

Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen wird pro fehlendem Zahn ein versicherungsmedizinischer Zuschlag erhoben und zwar für den KombiMed Tarif KDT50 2,00 Euro und für den KombiMed Tarif KDT85 4,00 Euro für die Dauer der Versicherung. Die Höhe des versicherungsmedizinischen Zuschlages wird im Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung überprüft und, soweit erforderlich, in deren Rahmen angepasst. Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen und/oder bei laufenden, angeratenen oder beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahmen ist der Abschluss der Tarife nicht möglich.

#### – KombiMed Tarif KDT

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB für den KombiMed Tarif KDT keine Leistungspflicht der DKV. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt nach Nr. 1.3 der AVB für den KombiMed Tarif KDT auch für die erstmalige Versorgung von bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden, nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.

### Wartezeiterlass

- Wird der bedingungsgemäße Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung beantragt, wird von uns geprüft, ob die Wartezeiten\* erlassen werden können. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A29.
- Für die KombiMed Tarife KDT50, KDT85 und KDBE prüfen wir den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A28.

Die Kosten für die ärztliche / zahnärztliche Untersuchung sind vom Antragsteller zu tragen. Geht der Untersuchungsbericht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Fall Eigentum der DKV.

\*Kein Wartezeiterlass bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR). Bei den Tarifen KGZ1 / KGZ2 kein Wartezeiterlass für Zahnersatz bzw. Zahn- und Kieferregulierung.

### Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen weisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf Seite 3.

### Umwandlung:

#### Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkung, Ausschlüsse

Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Nach Umwandlung einer Versicherung bleiben etwaige bisherige Einschränkungen und Leistungsausschlüsse weiter bestehen.

### Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln oder gerne per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 0 18 05 / 78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen) oder rufen Sie uns an unter 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)\*\*.

\*\*oder aus dem Ausland +49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

### Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Altersrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Altersrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden\*\*\*. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

\*\*\*Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.



## 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, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV 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. die ERGO Versicherungsgruppe AG weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DKV 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 DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (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. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

**Ich willige ein, dass die DKV 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. 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 DKV 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.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Anfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden 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 Leistungsfallbearbeitung kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV 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 DKV 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 DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

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

Die DKV führt 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 überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV 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.dkv.com](http://www.dkv.com) eingesehen oder bei [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer

Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die DKV 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 DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG 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 DKV 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 DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag 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 DKV 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 die DKV 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 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 die DKV 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 DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt 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 DKV 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.**

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

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

**Ich willige ein, dass die DKV 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.**

\*Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

## Liste der Dienstleister

Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen	
DKV Deutsche Krankenversicherung AG D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs-AG ERGO Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG Vorsorge Lebensversicherung AG

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags		
Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Versicherungsgruppe AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	T-Systems	Netzwerk- und Telefoniebetreiber
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH	Assistanceleistungen
	Almeda GmbH	In- und Outboundtelefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	Innovas GmbH	IT-Dienstleister für Krankenhausbehandlungsdaten
D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs-AG	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
	ICP Verwaltungs- und Service GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags)
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG	Legial AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfond AG	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG Vorsorge Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden		
Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outboundtelefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Assisteure	Assistanceleistungen
	Kooperatonspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten

Vorname, Name des Versicherungsnehmers, Versicherungsnummer  
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

**SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung**

**Zahlungsempfänger**

ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
 ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40198 Düsseldorf  
 D.A.S. Deutscher Automobil Schutz, Thomas-Dehler-Straße 2, 81737 München  
 DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
 ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf

**Gläubiger-ID**

DE75ZZZ00000012102  
 DE05ZZZ00000012101  
 DE32ZZZ00000012100  
 DE95ZZZ00000012130  
 DE41ZZZ00000012132

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird. Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat.

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

**Kontoinhaber**

Frau  Herr  Firma  \_\_\_\_\_  
Vorname

ja  nein  
Ich bin Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Name, Firma

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum  1.  8.  16.  24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers