

Antrag auf Abschluss einer Zahnzusatzversicherung

Ich beantrage den Abschluss einer Zahnzusatzversicherung für nachstehend aufgeführte Person/en. Von den umseitig aufgeführten Einwilligungserklärungen zu den Datenschutzbestimmungen sowie den beiliegenden Vertragsinformationen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich Kenntnis genommen. Dem Versicherungsvertrag liegen die für die jeweils abgeschlossenen Tarife geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers zugrunde.

bei der uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Str. 1-7
90489 Nürnberg
Telefon (0911) 5307 - 0



uniVersa
Krankenversicherung a.G.

Betr.-BD/Agentur 334-54764	AV-Nummer 334-54764
Doku-Bogen-Nr.	Externe Nummer

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Zu-/Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geb.datum
Straße, Hausnummer	
PLZ	Wohnort

zu versichernde Personen

Person Nr. 1	Zu-/Vorname	Geb.datum	Geschlecht
Person Nr. 2	Zu-/Vorname	Geb.datum	Geschlecht

Versicherungsbeginn: 1. _____ 20____

Bitte wählen Sie Ihren Versicherungsschutz:

Hinweis: dent|Komfort und dent|Privat sind für eine Person nicht kombinierbar

Eintrittsalter ¹	Beiträge in EUR für	
	Männer	Frauen
bis 15	5,94	5,94
16-20	6,24	6,33
21-25	8,83	9,71
26-30	9,75	11,07
31-35	10,77	12,32
36-40	11,89	13,34
41-45	12,80	14,36
46-50	13,82	15,27
51-55	14,84	16,06
56-60 ²	16,06	17,20

dent|Komfort

Ich beantrage den Abschluss einer Zahnzusatzversicherung nach Tarif dent|Komfort für

Person 1

Person 2

Wir bieten Versicherungsschutz für alle Zähne. Hier-von ausgenommen sind bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie vor Vertragsabschluss begonnene oder angetratene Behandlungen.

Ab dem 5. Kalenderjahr sowie bei Unfällen entfällt die Summenbegrenzung.

dent|Privat

Ich beantrage den Abschluss einer Zahnzusatzversicherung nach Tarif dent|Privat für

Person 1

Person 2

Eintrittsalter ¹	Beiträge in EUR für	
	Männer	Frauen
bis 15	12,08	12,08
16-20	12,49	11,80
21-25	15,36	19,66
26-30	18,30	23,38
31-35	20,78	26,83
36-40	23,94	29,49
41-45	27,10	32,41
46-50	30,03	35,87
51-55	32,74	39,06
56-60 ²	34,99	42,25

¹ Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginnes.

² Beiträge für Altersgruppen ab 61 finden Sie im Produktinformationsblatt

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht wird:

Geldinstitut	
Bankleitzahl (BLZ)	Kontonummer

Name des Kontoinhabers <input type="checkbox"/> Kontoinhaber ist Antragsteller
_____ Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 - 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 09 11 / 53 07 - 17 88.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, 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 je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei einem vierteljährlichen Beitrag um 1/90, bei einem halbjährigen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag. 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ich bin einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn und nach Ablauf von Wartezeiten.

Stempel/Unterschrift Vermittler

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer

Unterschrift mitzuversichernder Personen ab 16 Jahren (bis 16 Jahre Unterschrift des ges. Vertreters, wenn nicht Antragsteller)

Einwilligung in die Verwendung Ihrer Daten in besonderen Fällen

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigen wir, die uniVersa Krankenversicherung a.G., personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings Ihre Einwilligung erforderlich.

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Wenn nicht gewünscht, bitte ankreuzen:

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Prüfung der Leistungspflicht an die beratenden externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, an den Vermögensschaden-Haftpflichtversicherer im Falle der Inanspruchnahme und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer Dritte mit der zur Durchführung des Vertrages erforderlichen Auftragsdatenverarbeitung/Nutzung der Daten beauftragt, auch wenn diese ein Geheimnis im Sinne des § 203 StGB darstellen. Gleichzeitig erkläre ich mich mit der Weitergabe der allgemeinen Vertragsdaten an den Assistenzdienstleister einverstanden. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen/Angebotsanforderungen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der uniVersa Versicherungen allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an Ihre Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Datennutzung für Informationen (Werbung)/Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zu Informationen (Werbung) der Versicherungsprodukte der uniVersa Krankenversicherung a.G. verwendet werden können und ich jederzeit ohne Einfluss auf den Vertrag das Recht habe, dieser Nutzung gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G. zu widersprechen.

Darüber hinaus willige ich ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar ein, dass auch die anderen Versicherer der uniVersa Versicherungen sowie der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zu Werbezwecken auch für andere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen nutzen dürfen. Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie den vorstehenden Satz. Sie können jederzeit auch zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Einwilligung gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G. widerrufen.

Werbung erhalten Sie grundsätzlich per Post, bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch per E-Mail, Fax oder telefonisch.

D – 68537 Heddesheim

Postfach 12 11

SEEL-FINANZ



Seel-Finanz
Alles rund um's Geld

Einfach abreißen, falten und in ein Fensterkuvert geben

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift 90333 Nürnberg

Telefon (09 11) 53 07 - 0
Telefax (09 11) 53 07 - 1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht: Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Gerhard Glatz (Vors.),
Michael Baulig,
Werner Gremmelmaier,
Wigand Vogel

Steuer-Nr.: 241/101/00155
Postbank Nürnberg
BLZ 760 100 85
Kto. 90 500-853
Dresdner Bank Nürnberg
BLZ 760 800 40
Kto. 201 696 500

Empfangsbestätigung

Betr.-AV-Nummer	334-54764
-----------------	------------------

Vermittler	SEEL-FINANZ
------------	--------------------

Datum des Antrags

Kundennummer (falls vorhanden)

Antragsteller

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der folgenden Unterlagen vor meiner Vertragserklärung:

Produktinformationsblatt und Verbraucherinformation (Vertragsinformationen)

Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung (315-700 01.2010)

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
