

Orga-Nr.

Vermittler-Nr.

Bitte unbedingt ankreuzen

Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz

Neuantrag Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS

Wunsch nach einem Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz

Neuantrag Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS

Sofern Sie nichts angekreuzt haben, gehen wir davon aus, dass wir für Sie ein verbindliches Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz prüfen bzw. erstellen sollen. Aus Gründen der Vereinfachung der Lesbarkeit werden im gesamten Dokument, auch bei Wunsch nach einem Angebot, die Bezeichnungen Antrag und Antragsteller verwendet. Bei Wunsch nach einem Angebot sind hier das Angebot und die um das Angebot bittende Person gemeint.

Antragsteller

Name, Vorname Geschlecht m w

Zurzeit ausgeübter Beruf Geburtsdatum

Straße Telefon

PLZ Ort E-Mail

Zu versichernde Personen

Person 1 (bitte auch ausfüllen, wenn Person 1 = Antragsteller)

Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht m w

Nationalität Gesetzlicher Krankenversicherer Zurzeit ausgeübter Beruf

Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, von bis bei

Wurden in den letzten 3 Jahren private Krankenzusatzversicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder durch außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet oder wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche zum privaten Krankenversicherungsschutz von einem Versicherer abgelehnt? ja nein

Person 2

Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht m w

Nationalität Gesetzlicher Krankenversicherer Zurzeit ausgeübter Beruf

Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung? ja nein

Wenn ja, von bis bei

Wurden in den letzten 3 Jahren private Krankenzusatzversicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder durch außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet oder wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche zum privaten Krankenversicherungsschutz von einem Versicherer abgelehnt? ja nein

Versicherungsschutz

CSS.flexi (Der Abschluss des Tarifs CSS.flexi ist nur bei Wahl von mindestens 2 Bausteinen möglich. Die Bausteine Zahnersatz top und Zahnersatz basis schließen sich gegenseitig aus.)

	Baustein Gesundheit plus	Baustein Heilpraktiker	Baustein Zahnbehandlung	Baustein Zahnersatz top	Baustein Zahnersatz basis
Person 1	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Person 2	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR

	CSS.mini	CSS.maxi	CSS.clinic	CSS.clinic2
Person 1	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Person 2	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR

	Versicherungsbeginn	Monatlicher Gesamtbeitrag	Zahlungsweise
Person 1	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Person 2	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/> EUR	Sofern hier keine Auswahl stattfindet, werden wir den Beitrag monatlich abrufen. Der Beitragsabruf erfolgt zum 1. eines Monats.

Beitragszahlung

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag bis auf Widerruf von **meinem Konto** abgebucht wird und die Versicherungsleistungen auf folgendes Konto überwiesen werden (Versicherungsabschluss ist nur im Lastschriftverfahren möglich):

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	Kontonummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankinstitut	Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Diese Einzugsermächtigung gilt nur, wenn ein Vertrag mit der CSS Versicherung AG, Vaduz zustande kommt.

Gesundheitsverhältnisse und Zusatzfragen

Beantworten Sie nachfolgend bitte die Fragen, die für Ihre beantragten Tarife bestimmt sind.

Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen	Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen
CSS.flexi		CSS. mini	
Baustein Gesundheit plus	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	CSS. maxi	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Baustein Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	CSS.clinic und CSS.clinic2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
Baustein Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11		
Bausteine Zahnersatz top und basis	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11		

Bitte beachten Sie auch den Abschnitt „Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 11“, wenn mit ja beantwortet“.

	Person 1	Person 2
1 Körpergröße und Körpergewicht	Körpergröße cm <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Körpergewicht kg <input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihres Hausarztes/des Kinderarztes.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>

~~3 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstige Gesundheitsstörungen oder haben in den letzten 3 Jahren Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden bzw. sind angeraten?~~

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver HIV-Test) oder steht ein Testergebnis aus?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Bei Frauen/Mädchen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr: Besteht eine Schwangerschaft?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen?
 Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) angeben. Bitte geben Sie hierzu auch die bestehende Grunderkrankung (z. B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck, Starerkrankung, Netzhautablösung etc.) bei den näheren Angaben zu den Gesundheitsfragen an.

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l		l	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
r		r	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Nur beantworten, wenn Frage 6 mit ja beantwortet wurde.

Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Brillen oder Kontaktlinsen gegen einen monatlichen Beitragszuschlag von 2,50 € (CSS.flexi Gesundheit plus) oder einen monatlichen Beitragszuschlag von 1,00 € (CSS.mini/CSS.maxi) mitversichert sind. Andernfalls besteht im gewählten Tarif kein Versicherungsschutz für Sehhilfen.

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

~~7 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt oder waren Sie in einer Kur?~~

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Findet zurzeit eine Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung (z. B. Füllungstherapie, Austausch alter Füllungen etc.), die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer- bzw. Zahnregulierung statt oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt zurzeit eine Erkrankung des Zahnfleisches, des Kiefers bzw. Kiefergelenks oder eine Zahnfehlstellung vor? Wurden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen oder Versorgungen mit Aufbiss- bzw. Zahnschienen durchgeführt?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.

9 Fehlen derzeit Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss), die nicht ersetzt sind?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl

Wurden Zähne durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl

Bitte geben Sie die Zahnnummern der fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss) sowie die Zahnnummern der durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzten Zähne an:

Im Zweifelsfall kontaktieren Sie bitte vor Ihrer Angabe Ihren Zahnarzt.

Alle tariflichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Zahnersatz der oben genannten fehlenden Zähne bzw. der Zähne, die durch herausnehmbare Zahnprothesen ersetzt sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt auch für damit im Zusammenhang durchzuführende notwendige Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähnen/Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen (sog. Ankerzähne links und rechts der Zahnücke/des prothetisch versorgten Zahnes). Dieser Leistungsausschluss gilt weiterhin auch für die Ursachen und Folgen des Zahnersatzes an diesen Zähnen/Zahnlücken und für Ursachen und Folgen der Präparationen oder Aufbauten an den direkt an die Zähne/Zahnücke angrenzenden Nachbarzähnen.

10 Ist das Gebiss mit Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate, Prothesen etc.) versorgt, welcher älter als 10 Jahre ist?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.

11 Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihres Zahnarztes.

Person 1

Person 2

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Person 1

Person 2

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 11, wenn mit ja beantwortet

Frage	Person	Genauere Krankheitsbezeichnung/ Art der Beschwerden	Ausgeheilt?			Operiert?			Name und Anschrift des Arztes/Heil- praktikers/Krankenhauses/Zahnarztes
			ja	seit wann?	nein	ja	wann?	nein	

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so sind die Antworten unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen. Im Antrag ist auf dieses Blatt zu verweisen.

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen und Erläuterungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen. Mit meiner untenstehenden Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten und erkenne die Erklärungen und Erläuterungen auch als Inhalt des Vertrages an.

Bei Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz: Ich habe alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV), das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV, das Merkblatt zur Datenverarbeitung und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 VVG und gemäß § 28 Abs. 4 VVG erhalten und davon Kenntnis genommen. Die Inhalte dieser Dokumente und die Mitteilungen des Versicherers werden mit meiner Unterschrift wichtige Vertragsbestandteile.

Bei Wunsch nach einem Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz: Ich erhalte alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 VVG-InfoV, das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 und gemäß § 28 Abs. 4 VVG mit dem Angebot. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und Kenntnis von dessen Inhalt genommen. Mit meiner untenstehenden Unterschrift fordere ich Sie zu diesem verbindlichen Angebot auf.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen)

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers

Die Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Meldung gegenüber dem Versicherer

Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese gegenüber der CSS Versicherung AG, Vaduz (nachfolgend CSS Versicherung AG genannt) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Meldung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Verpflichtung bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen) und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags oder bis zu meiner Annahme des Angebots der CSS Versicherung AG eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflicht den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Dieser Nachmeldeverpflichtung muss ich nur nachkommen, wenn die CSS Versicherung AG mich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme nach Änderungen an den oben aufgeführten Gefahrumständen in Textform befragt.

Verantwortung für den Antrag

Mir ist bekannt, dass die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Fragen und die zu erbringenden Angaben Grundlage für die Antragsprüfung bzw. Erstellung eines verbindlichen Angebotes sind, und dass ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich nur geringe Bedeutung beimesse. Bei unvollständiger oder unrichtiger Anzeige kann der Versicherer den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten und ggf. die Leistung verweigern.

Datenschutz

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 und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich bin über den Inhalt der Datenschutzhinweise aufgeklärt und willige in die erforderliche Datenübermittlung und Speicherung ein. Ich willige ferner ein, dass die CSS Versicherung AG und ihre deutschen bzw. liechtensteinischen Kooperationspartner, welche im Auftrag der CSS Versicherung AG im Rahmen und zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses handeln und welche unter der Aufsicht der CSS Versicherung AG stehen und ihrerseits den deutschen bzw. liechtensteinischen Datenschutzbestimmungen unterstehen, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen 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. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

Zur Zeit kooperieren wir mit:

VOLZ Makler Consulting GmbH, Birkenweg 4, D-88250 Weingarten
ROLAND Assistance GmbH, Deutz-Kalker Straße 46, D-50679 Köln
Allied Finance Audit & Consulting AG, Kirchstraße 12, LI-9490 Vaduz
JOVADO Kapitalwerk, Friedrich-Breuer-Straße 23, D-53225 Bonn

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung im Leistungsfall und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses benötigen wir, die CSS Versicherung AG bzw. unsere Kooperationspartner, personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig, in den folgenden Fällen ist jedoch Ihre Einwilligung notwendig.

1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir bzw. unsere Kooperationspartner prüfen Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte und Zahnärzte sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenversicherern, Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt haben bzw. bei denen ich versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Abschluss des Vertrages für uns Anhaltspunkte, dass bei Antragstellung unvollständige Angaben gemacht wurden, die die Risikobeurteilung beeinflussen hätten, gilt diese Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zu 5 Jahre nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die Angehörigen des Versicherers bzw. der Kooperationspartner selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Daten zum Gesundheitszustand zur Risikobeurteilung an Ärzte oder medizinische Gutachter übergeben werden, die den Versicherer beraten. Der Versicherer hat mich vor jeder Datenerhebung zu unterrichten und mich über die Möglichkeit eines Widerspruches gegen die Datenerhebung zu informieren. Diese generelle Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen und durch das Erfordernis einer Einwilligung im Einzelfall ersetzt werden. Diese Erklärung 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.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich behalte mir vor, je nach Einzelfall eine Entbindung von der Schweigepflicht zu erklären, nachdem mich der Versicherer über die benötigten Informationen in Kenntnis gesetzt hat. Ich bin bereit, die Mehrkosten, die der Versicherung durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand bei einer solchen Vorgehensweise entstehen, privat zu tragen. Mir ist bekannt, dass sich der Abschluss des Versicherungsvertrages zumindest stark verzögern kann, wenn sich aufgrund der vorliegenden Informationen eine Risikoprüfung nicht sofort durchführen lässt.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, dass wir bzw. unsere Kooperationspartner 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 Prüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Rückfragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte und Zahnärzte sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenversicherern, Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherers bzw. der Kooperationspartner selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Daten zum Gesundheitszustand zur Prüfung der Leistungspflicht an Ärzte oder medizinische Gutachter übergeben werden, die den Versicherer beraten. Der Versicherer hat mich vor jeder Datenerhebung zu unterrichten und mich über die Möglichkeit eines Widerspruches gegen die Datenerhebung zu informieren. Diese generelle Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen und durch das Erfordernis einer Einwilligung im Einzelfall ersetzt werden. Diese Erklärung 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. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich behalte mir vor, je nach Einzelfall eine Entbindung von der Schweigepflicht zu erklären, nachdem mich der Versicherer über die benötigten Informationen in Kenntnis gesetzt hat. Ich bin bereit, die Mehrkosten, die der Versicherung durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand bei einer solchen Vorgehensweise entstehen, privat zu tragen. Mir ist bekannt, dass sich die Bearbeitung meiner Erstattungsanträge bei dieser Vorgehensweise zumindest stark verzögern kann, da für jede notwendige Rückfrage des Versicherers die schriftliche Einholung einer Schweigepflichtentbindung erforderlich ist.

Versicherungsbedingungen/Laufzeit

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden mir spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt. Der Vertrag mit der CSS Versicherung AG wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12.

Zustandekommen/Beginn des Vertrages

Mir ist bekannt, dass ein Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn ich das Angebot der CSS Versicherung AG schriftlich annehme oder die CSS Versicherung AG mir schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat bzw. den Versicherungsschein aushändigt. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im Versicherungsschein dokumentiert sind.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Heiligkreuz 8, LI-9490 Vaduz. Mir ist bekannt, dass ich mich bei Meinungsverschiedenheiten schriftlich an diese Aufsichtsbehörde wenden kann.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen

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 (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 und 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Gehen Ihnen die vorgenannten Unterlagen zunächst nur teilweise zu, ist für den Fristbeginn der Zeitpunkt maßgeblich, an dem sie vollständig zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist stellvertretend für den Versicherer zu richten an:
VOLZ Makler Consulting GmbH, Im Auftrag von CSS Versicherung AG, Birkenweg 4, D-88250 Weingarten
oder per Telefax an 0800 8 277 277 oder per E-Mail an info@cssversicherung.com
Die Regelung des § 9 VVG wenden wir nicht an, Sie erhalten bei fristgerechtem Widerruf die gesamte Prämie zurückerstattet.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bei Abschluss Ihrer Zahnzusatzversicherung über unsere Internetseite *IhreZahnzusatzversicherung.de* ausdrücklich auf eine Beratung verzichtet haben und uns gegenüber einem Beratungs- und Dokumentationsverzicht zugestimmt haben.

Der Ermittlung Ihres Bedarfs sowie Ihre Tarifauswahl beruht auf Ihrer Entscheidung. Es fand keine Beratung statt.

Gesundheitsfragen

Die Gesundheitsfragen wurden von Ihnen eigenständig beantwortet. Sie sind somit alleine für die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung verantwortlich.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die allgemeinen Vertragsinformationen, das Produktinformationsblatt sowie die individuellen und Vertragsinformationen, wurden mir vorher als Druckstücke oder als CD-Rom ausgehändigt.

Vermittlerhaftung

Der Versicherungsvermittler -Marco Kraus, Schragenhofstraße 35, 80992 München - begrenzt seine Verantwortung ausschließlich auf diesen Vertragsabschluss.

Hiermit bestätige ich

Name des Kunden:

dass ich von der Website www.ihre-zahnzusatzversicherung.de des Versicherungsvermittlers – Marco Kraus, Schragenhofstraße 35, 80992 München – folgende Unterlagen heruntergeladen und damit empfangen habe:

CSS - Leistungsdarstellung

CSS - Produktinformationsblatt

CSS - Mitteilungen des Versicherers

CSS - Verbraucherinformation

CSS - Merkblatt zur Datenverarbeitung

CSS - Allgemeine AVBs - Stand

CSS - Bedingungen CSS.flexi allgemein

CSS - Bedingungen CSS.flexi Beiträge

CSS - Bedingungen CSS.flexi Zahnbehandlung

CSS - Bedingungen CSS.flexi Zahn Top

Als Zusatzleistung möchte ich: die Zahnbürste an Ärzte ohne Grenzen spenden

Ort, Datum

Unterschrift Kundin / Kunde

Marco Kraus, Ihre-Zahnzusatzversicherung.de, Schragenhofstraße 35, 80992 München, Tel.: 089 544 280 13, Fax: 089 544 280 10

Versicherungsvermittlerregister: Registrierungsnummer: D-AUU5-E5502-92 <

Erlaubnis nach § 34 d Abs. 1 GewO, erteilt durch die IHK für München und Oberbayern, Max-Joseph-Straße 2, 80333 München,

Der Vermittler hält keine unmittelbaren oder mittelbaren Beteiligungen von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals an einem Versicherungsunternehmen. Kein Versicherungsunternehmen hält mittelbare oder unmittelbare Beteiligungen von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals am Vermittler.

Für eventuelle Streitigkeiten zwischen Kunden und Versicherungsvermittlern gibt es die Möglichkeit einer aussergerichtlichen Streitschlichtung durch die Ombudsleute des Versicherungswesens: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.: 01804-22 44 24, Fax: 01804-22 44 25, www.versicherungombudsmann.de

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Tel.: 01802-55 04 44, Fax: 030-20 45 89 31,

Weitere Adressen über Schlichtungsstellen und Möglichkeiten der außergerichtlichen Streitbeilegung bei: Bundesanstalt für

Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn www.bafin.de