

Antrag zur internationalen Gruppenkrankensversicherung DIA-WELTPOLICE

Antragsteller (Hauptversicherte Person)

	Frau <input type="checkbox"/> Divers			
	Herr <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit	Versicherungsbeginn	Aufenthaltsland
Pers.				
1.	Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Heimatland	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	
	E-Mail	(Mobil-) Telefonnummer		

Weitere zu versichernde Personen (mitversicherte Personen)

Pers.	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht			Geburtsdatum	Versicherungsbeginn	Staatsangehörigkeit	Ehe-partner	Lebens-partner	Kind
		männl.	weibl.	div.						
2.										
3.										
4.										

Versicherungsdaten DIA-Weltpolice (DW-WP)

Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
Region:	1*	Region:	1*	Region:	1*	Region:	1*
	2**		2**		2**		2**
Leistungsstufe:	Plus	Leistungsstufe:	Plus	Leistungsstufe:	Plus	Leistungsstufe:	Plus
	Best		Best		Best		Best
Selbstbehalt:	0€	Selbstbehalt:	0€	Selbstbehalt:	0€	Selbstbehalt:	0€
	500€		500€		500€		500€
	1000€		1000€		1000€		1000€
Beitrag mtl. €***		Beitrag mtl. €***		Beitrag mtl. €***		Beitrag mtl. €***	

* weltweit, ausgenommen USA und Kanada
 ** weltweit, inklusive USA und Kanada
 *** Den jeweils gültigen Monatsbeitrag können Sie der beigefügten Beitragstabelle entnehmen.

Vorversicherung Bitte geben Sie Ihre Vorversicherungsdaten an.

Pers.	Gesellschaft	Versicherter Zeitraum (von-bis)
1.		
2.		
3.		
4.		



Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
Gegenwart								
1. Größe in cm								
2. Gewicht in kg								
3. Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
4. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	links	dpt	links	dpt	links	dpt	links	dpt
	rechts	dpt	rechts	dpt	rechts	dpt	rechts	dpt
5. Besteht eine HIV-Infektion?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
6. Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
7. Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Vergangenheit								
8. Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
10. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Zukunft								
11. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Zahnstatus								
12. Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
13. Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl und Nummer der fehlenden Zähne angeben:	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
	Anzahl		Anzahl		Anzahl		Anzahl	
	Nr.:		Nr.:		Nr.:		Nr.:	

Wichtig: Die nachfolgenden Antragsfragen sind nach bestem Wissen, vollständig und richtig zu beantworten. Geben Sie bitte auch solche Umstände an, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. In den Fragen enthaltene Beispiele stellen keine vollständige Aufzählung dar, sondern sollen die Bandbreite der erfragten Gesundheitsfragen verdeutlichen. Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, sind wir nach §19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, abhängig von Ihrem Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes und/oder zu unserer Leistungsfreiheit führen, auch rückwirkend bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht unter dem Punkt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Unabhängig davon können wir unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages nach § 22 VVG i. V. m. § 123, 124 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch anfechten, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt durch Sie beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung). Sie haben dann keinen Versicherungsschutz.



Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Pers.	Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum (von – bis)
		Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? nein ja

Ein gesondertes Blatt zur Beantwortung der Fragen liegt bei.



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein / unser 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN															Name des Kreditinstitutes														
Kontoinhaber (Vorname, Nachname)															Unterschrift des Kontoinhabers														

Hinweise zum Vertragsabschluss

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Wagnisträger sowie den gesetzlichen Vorschriften. Diese finden Sie in unseren Verbraucherinformationen.

Ich habe das Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen.

Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zur Kenntnis genommen.

Ich willige ausdrücklich ein, dass die DR-WALTER GmbH sowie die von ihr vertretenen Versicherungsunternehmen meine Gesundheitsdaten (besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO) verarbeiten - soweit dies zur Prüfung meines Versicherungsantrags, zur Risikobewertung sowie zum Abschluss und zur Durchführung von Versicherungsverträgen und zur Bearbeitung von Leistungsanträgen erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass meine Gesundheitsdaten zu diesem Zweck an die Versicherungsunternehmen übermittelt werden können, deren Produkte mir angeboten werden oder bei denen ein Antrag gestellt wird.

Sofern ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten zur Bearbeitung von Rückfragen sowie zur Geltendmachung oder Abwehr von Rechtsansprüchen für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung gespeichert werden, soweit dies erforderlich ist und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ohne diese Einwilligung eine Bearbeitung meines Antrags in der Regel nicht möglich ist. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die Ausübung des Widerrufs ist über die in den Datenschutzhinweisen angegebenen Kontaktmöglichkeiten möglich.

Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen.

Wir möchten Sie gerne von Zeit zu Zeit für Produktempfehlungen und Bewertungen per E-Mail kontaktieren. Mit Ihrem Häkchen erklären Sie sich damit einverstanden. Dieser Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widersprechen. Bitte wenden Sie sich dafür an info@dr-walter.com.

Eine Kopie eines gültigen Lichtbildausweises aller zu versichernden Personen ist beigelegt.

Unterschriften

Ort/Datum	Antragsteller
ggf. gesetzliche Vertreter	Mitversicherte Personen

Per E-Mail senden



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

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis. Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden 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 unverzüglich und unmittelbar gegenüber der DR-WALTER GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, 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 der nachstehenden Information 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. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. 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, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 Gefahrabversicherung 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 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.

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Identität der beteiligten Unternehmen

In Verbindung mit diesen Versicherungen arbeitet die DR-WALTER GmbH mit einer renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Versicherungsschutz gewährt die:
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Allee 1
42119 Wuppertal, Deutschland
Sitz: Wuppertal
Amtsgericht Wuppertal HRB 28475

Die Vertrags- und Leistungsabwicklung gewährt die:
DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland
Sitz: Neunkirchen-Seelscheid
Amtsgericht Siegburg HRB 4701

Die DR-WALTER GmbH ist als Mehrfachvertreter nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung tätig.

Die zuständige Erlaubnisbehörde ist die IHK Bonn / Rhein-Sieg, Bonner Talweg 17, 53113 Bonn, T +49 228 2284 -0, F +49 228 2284 -170, info@bonn.ihk.de, www.ihk-bonn.de.

Im Vermittlerregister ist die DR-WALTER GmbH unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 registriert. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse <https://www.vermittlerregister.info> oder beim Versicherungsvermittlerregister DIHK | Deutsche Industrie- und Handelskammer, Breite Straße 29, 10178 Berlin, T 0180-600-585-0 (Festnetzpreis 0,20 €/ Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/ Anruf).

Die DR-WALTER GmbH hält eine direkte Beteiligung von 100 % an den Stimmrechten der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutter eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital der DR-WALTER GmbH.

Vertretungsberechtigte Personen der beteiligten Unternehmen

Gesetzlicher Vertreter der Barmenia Krankenversicherung AG ist der Vorstand wie folgt: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder, Vorsitzender des Aufsichtsrates ist: Dr. h. c. Josef Beutelmann.
Gesetzliche Vertreter der DR-WALTER GmbH sind die Geschäftsführer.

Garantie- und Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen:

Die Allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen (AVB) beschreiben die Versicherungsleistungen nach Art und Umfang und enthalten alle sonstigen Regelungen. Der gesamte Inhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Wesentliche Inhalte der Versicherungsbedingungen Weltpolice DW-WP 010126, der Barmenia Krankenversicherung AG,
- Weitere Informationen erhalten Sie mit den allgemeinen und weiteren Kundeninformationen, sowie mit dem jeweiligen Produktinformationsblatt,
- Der Versicherungsschein dokumentiert den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Die von Ihnen anzugebenden Daten und eventuell einzureichenden Unterlagen dienen insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes. Nebenabreden (z. B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn diese von der DR-WALTER GmbH oder der beteiligten Versicherungsgesellschaft schriftlich bestätigt werden.

Zustandekommen des Vertrages

Nach der Übermittlung Ihrer notwendigen Daten können wir Ihren Antrag auf Beitritt innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Beitrittserklärung. Wenn die versicherte Person die Versicherungsbestätigung innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zustande. Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese während des Antragsprozesses einer Gesundheitsprüfung. Für zu versichernde Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nicht erfüllen, kommt die Mitgliedschaft auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.



Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherte hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. *Hinweis:* Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe der Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.