

ARAG DentalPro

Zahn-Zusatzversicherung nach den Tarifen Z100 / Z70



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

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

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

Versicherungsbeginn

Datum zugleich Monat der 1. Beitragsfälligkeit
0 1.

Versicherungsnehmer / Antragsteller

Herr Name, Vorname, Titel Frau led. verh.

Geburtsdatum Nationalität

Straße, Hausnummer Adresszusatz

PLZ Wohnort Telefon

E-Mail Fax

Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche

Beitragszahlung

Ich wünsche die **widerrufliche Abbuchung** meiner Beiträge von folgendem Konto zum 01. eines Monats zum 15. eines Monats

Geldinstitut Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Kontonummer (kein Sparkonto) Bankleitzahl Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Ich wünsche Überweisung

Zahlungsweise

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

Zu versichernde Person 1

Herr Name, Vorname, Titel (wenn zugleich Antragsteller) Frau led. verh.

Geburtsdatum Nationalität

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche

Zu versichernde Person 2

Herr Name, Vorname, Titel Frau led. verh.

Geburtsdatum Nationalität

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche

Zu versichernde Person 3

Herr Name, Vorname, Titel Frau led. verh.

Geburtsdatum Nationalität

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Angestellter Selbstständiger Derzeit ausgeübter Beruf und Branche

Tarife und Beiträge

Person 1	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag	Euro <input type="text"/>	Zuschlag	Euro <input type="text"/>
Person 2	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag	Euro <input type="text"/>	Zuschlag	Euro <input type="text"/>
Person 3	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag	Euro <input type="text"/>	Zuschlag	Euro <input type="text"/>

Gesamtbeitrag

Monatlicher Gesamtbeitrag inkl. evtl. Zuschläge Euro

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG im Abschnitt „Wichtige Hinweise“.

Fragen an die zu versichernden Personen

Antragsteller

1. Besteht Versicherungsschutz in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse?

Person 1 <input type="checkbox"/> ja	Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein
Person 2 <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Person 3 <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

2. a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A804 – erforderlich.

Person 1	Person 2	Person 3
ja	nein	ja
ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Anzahl der **fehlenden, nicht ersetzten Zähne** (ohne Milch- oder Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben) und/oder Anzahl der **durch Prothesen ersetzten Zähne** (herausnehmbarer Zahnersatz):

Person 1 keine Anzahl* Person 2 keine Anzahl* Person 3 keine Anzahl*

* Bei 1-4 Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag von 10% je Zahn auf die beantragten Zahntarife einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 2.a) mit nein beantwortet wurde.

Person 1	Person 2	Person 3
ja	nein	ja
ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ab fünf Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A804 – erforderlich.

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

Schweigepflichtentbindungserklärungen

Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antrags- und die Leistungsprüfung ab. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die Antragsprüfung / Leistungsprüfung wird nicht abgegeben.

Empfangsbestätigung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (nicht Zutreffendes bitte streichen):
Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen), Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III, Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Beratungsprotokoll

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

Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist

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

Wichtig für Versicherungsnehmer/ zu versichernde Personen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise auf der Antragsrückseite sowie das Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an ARAG Krankenversicherungs-AG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München, E-Mail Anfrage-KV@ARAG.de.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: +49(0)89/4124-2525

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

Datenschutzeinwilligungserklärung

Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Unterlagen zum Datenschutz. Sofern nicht gestrichen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese gelesen haben und willigen ein, dass Ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Sofern nicht gestrichen, willigen Sie ferner ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.

Unterschriften (Vor- und Zunamen)

Ort, Datum	Antragsteller	
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Wichtige Hinweise

Allgemeine Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Der Krankenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist frühestens zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich.

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

In der überwiegenden Anzahl unserer Tarife sehen wir unterschiedliche Prämien für Frauen und Männer vor. Die Berücksichtigung des Geschlechts als Faktor der Risikobewertung beruht auf statistischen Daten. Unter www.pkv.de/Statistiken sind unter "Nachweise gemäß AGG" entsprechende Daten veröffentlicht.

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z.B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherungs-AG individuell vorzusorgen.

Tarif- und Bedingungsübersicht

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife Z70 und Z100 setzen sich aus den Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2008 (Teil I), den Tarifbedingungen (Teil II) und der Tarifübersicht (Teil III) zusammen.

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie den nachstehenden Informationen entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Versicherungsträger
ARAG Krankenversicherungs-AG
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Fax +49 (0) 89 41 24-25 25
www.ARAG.de

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll
Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

Dresdner Bank AG München (BLZ 700 800 00) 5 644 604 00
Postbank München (BLZ 700 100 80) 101 10-800

