

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen und Erläuterungen (vgl. Seite 4), 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 der Antragsseite 4 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 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: Sie erhalten 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 unserem 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 Person
Ort, Datum	Unterschrift des Vermittlers

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

Erläuterungen und Erklärungen

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) unmitelbar 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 Antrages 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.

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 Versicherungsangebotes 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 gegebenenfalls 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. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. 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, Römerstraße 16, D-53111 Bonn

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende

oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, die mich in den letzten zehn Jahren behandelt haben, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu geben. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, die mich in den letzten zehn Jahren behandelt haben, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. 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.

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 1 Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn

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

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformation (Verbraucherinformation) und diese Belehrung zugegangen sind. Gleiches gilt, nachdem Sie unser Angebot mit Vertragserklärung angenommen haben. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Orga-Nr. Verm.-Nr.



CSS

Versicherung

Bitte unbedingt ankreuzen

- Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz**
 Wunsch nach einem Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz

Aus Gründen der Vereinfachung der Lesbarkeit werden im gesamten Dokument, auch bei Wunsch nach einem Angebot, die Titulierungen Antrag und Antragsteller verwendet. Bei Wunsch nach einem Angebot sind hier das Angebot und die um das Angebot bittende Person gemeint.

Antragsteller

Anrede Herr Frau Name, Vorname Geburtsdatum
 Straße Telefon
 PLZ Ort E-Mail
 Sind Sie oder waren Sie jemals bei der CSS Versicherung AG, Vaduz versichert?
 Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben:

Zu versichernde Personen

	Vorname (Zuname, wenn von Antragsteller abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht		Verheiratet	
Person 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Person 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	Nationalität	Ausgeübter Beruf	Gesetzlicher Krankenversicherer der versicherten Personen:
Person 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsschutz

Nach Tarif CSS.flexi (Der Abschluss des Tarifs CSS.flexi ist nur bei Wahl von mind. 2 Bausteinen möglich)

	Baustein Gesundheit plus	Baustein Heilpraktiker	Baustein Zahnbehandlung	Baustein Zahnersatz	
				top	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 in EUR	Zahlungsweise
Person 1	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Person 2	<input type="text"/> 01.	<input type="text"/>	

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 (Versicherung 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 CSS.flexi	Beantworten Sie bitte die Fragen	Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen
Baustein Gesundheit plus	0, 1, 2, 3 und 4	CSS.mini	4, 6 und 7
Baustein Heilpraktiker	0, 1, 2 und 3	CSS.maxi	0, 1, 2, 3, 4, 6 und 7
Baustein Zahnbehandlung	6	CSS.clinic und CSS.clinic2	0, 1, 2, 3, 4 und 5
Bausteine Zahnersatz top und basis	6 und 7		

Nähere Angaben zu den nachfolgenden Fragen bitte ausführlich in den vorgesehenen Antwortteil auf der rechten Seite bzw. auf Seite 3 eintragen.

	Person 1	Person 2
0. Körpergröße und Körpergewicht	Körpergröße cm <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	Körpergewicht kg <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1. 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver HIV-Test) oder steht ein Testergebnis aus?	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Woche <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
4. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen? Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 angeben. Bitte geben Sie hierzu noch zusätzlich bei den näheren Angaben zu den Gesundheitsfragen an, welche Grunderkrankung (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck, Starerkrankung, Netzhautablösung etc.) vorliegt.	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	l <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	l <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	r <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	r <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Nur beantworten, wenn die Frage 4 mit ja beantwortet wurde. Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind (siehe Frage 4), erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Brillen oder Kontaktlinsen gegen einen monatlichen Beitragszuschlag von 2,50 EUR (CSS.flexi Gesundheit plus) oder von 1 EUR (CSS.mini/CSS.maxi) mitversichert sind. Andernfalls besteht im Tarif flexi Gesundheit plus für Brillen/Kontaktlinsen kein Versicherungsschutz.	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt oder waren Sie in einer Kur?	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Findet zur Zeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Paradontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.

7. Fehlen derzeit Zähne (außer Weisheitszähne, Milchzähne und Lückenschluss), die nicht ersetzt sind?

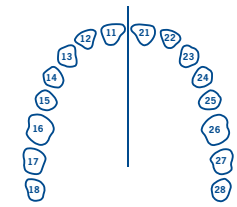
	Person 1	Person 2
	ja nein	ja nein
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ja nein	ja nein
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>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

Wurden Zähne durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt?

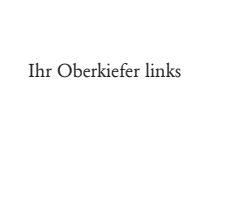
Fehlen Zähne, so kreuzen Sie diese bitte im untenstehenden Schema an. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrem Zahnarzt. Auch fehlende Zähne, die mit Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt sind, sind im Zahnschema anzukreuzen.

Person 1

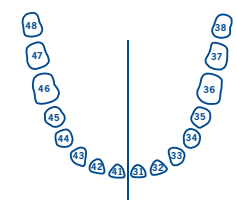
Ihr Oberkiefer rechts



Ihr Oberkiefer links



Ihr Unterkiefer rechts

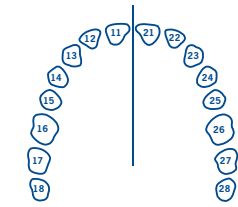


Ihr Unterkiefer links

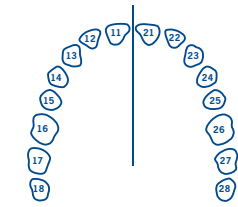


Person 2

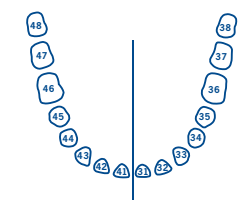
Ihr Oberkiefer rechts



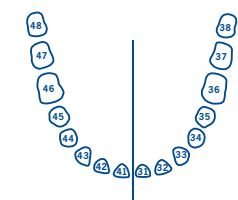
Ihr Oberkiefer links



Ihr Unterkiefer rechts



Ihr Unterkiefer links



Alle Leistungen im Zusammenhang mit dem Ersatz der im Zahnschema angekreuzten fehlenden Zähne, einschließlich der Leistungen für die ggf. notwendigen Präparationen oder Aufbauten der direkt an die Lücke angrenzenden Nachbarzähne (Ankerzähne links und rechts der Zahnücke), bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 7, wenn mit ja beantwortet

Frage	Person	Genauere Krankheitsbezeichnung/ Art der Beschwerden	Ausgeheilt?			Operiert?			Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers/Krankenhauses/Zahnarztes
			ja	seit wann	nein	ja	wann	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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.