

KINDERNACHVERSICHERUNG

Bitte füllen Sie die unterlegten Felder aus und senden Sie das Formular mit Original-Unterschrift per Post an uns zurück.

A. Anmeldung zur Versicherung

Versicherungs-Nr.	Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers		
Vermittler	Antragstellung Tag/Monat/Jahr	Policenverfügung	

Hiermit beantrage ich für mein Kind

Name	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburts- Tag/Monat/Jahr
Vorname	Sozialversicherungsnummer	Nationalität

ab Geburt den Abschluss einer Krankheitskostenversicherung/Krankenhaustagegeldversicherung

UNR	Vers.-Beginn am 1. des Monat Jahr	Tarifbezeichnung, bzw. Höhe des Krankenhaustagegeldes in EURO	Monatliche Beitragsrate EURO

zu dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarifbeitrag. Die Versicherung soll unter meiner Versicherungsnummer geführt werden.

B. Zur Beachtung

Versicherungsschutz ab Geburt wird gewährt, wenn bei der Geburt des Kindes ein Elternteil mindestens drei Monate bei der DKV Luxembourg S.A. gegen Krankheitskosten oder nach Krankenhaustagegeldtarifen versichert ist und das Neugeborene spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt zum Ersten des Geburtsmonats zur Versicherung angemeldet wird. Ein Abschlusszwang besteht aber nicht, wenn der geforderte Versicherungsschutz höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist oder auf der Grundlage von Tarifen beantragt wird, die für den Neuzugang geschlossen sind.

C. Erklärungen des Antragstellers

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Es ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Bei Nichtbeachtung dieser Verpflichtung ist der Versicherungsvertrag gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichtig. Es ist mir bekannt, dass der Vermittler nicht berechtigt ist, hinsichtlich der Bedeutung oder des Umfangs der in diesem Antrag aufgeführten Fragen verbindliche Erklärungen seitens des Versicherers abzugeben, und ich stehe auch dann für die Richtigkeit der Antworten ein, wenn ein Dritter (zum Beispiel der Vermittler) den Antrag ausfüllt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Krankenversicherungs-Verträge habe ich erhalten und erkenne sie als verbindlich an.

Datenschutzklausel

Gemäß dem Datenschutzgesetz vom 02. August 2002 erkläre ich hiermit mein ausdrückliches Einverständnis zur Verarbeitung der persönlichen Angaben der mitzuversichernden Personen, die ich der DKV Luxembourg S.A. zur Beurteilung des Risikos sowie zur Vorbereitung, Ausfertigung, Verwaltung und Erfüllung von Versicherungsverträgen bereits mitgeteilt habe und noch mitteilen werde, soweit und solange diese Personen von mir gesetzlich vertreten werden. Sofern ich keine gegenteilige Anweisung erteilt habe, willige ich weiter ein, dass die DKV Luxembourg die Daten der mitzuversichernden Personen darüber hinaus für sonstige Betreuung und Beratung nutzen darf, soweit diese Verwendung nicht die Offenlegung gegenüber Personen beinhaltet, die im Rahmen des Versicherungsvertrages als Dritte gelten.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Sie kann die oben genannten Daten in den Fällen, die in Artikel 111-1 des geänderten Gesetzes über den Versicherungssektor vom 6. Dezember 1991, in dem die Schweigepflicht in Versicherungsangelegenheiten festgelegt wird, genannt werden, gemäß den dort aufgeführten Modalitäten und Bedingungen an Dritte weitergeben.

Ich habe das Recht auf Einsichtnahme und Änderung der mitgeteilten Daten durch schriftlichen Antrag an die DKV Luxembourg S.A.

Die Dauer der Aufbewahrung der mitgeteilten Daten ist auf die Laufzeit des Versicherungsvertrags und auf den anschließenden Zeitraum beschränkt, in dem das Aufbewahren der Daten erforderlich ist, damit die Gesellschaft ihre Pflichten erfüllen kann, die sich aus den Verjährungsfristen oder anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben.

Ausdrückliche Zustimmung

„Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner medizinischen Daten ausdrücklich zu.“

_____	_____	_____
Datum, Ort	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer (Vor- und Zuname)	Unterschrift des Vermittlers
_____	_____	_____
Unterschrift des Versicherungsnehmers (Vor- und Zuname)		