



Zahn-Schutzbrief – Antrag

Name/Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Vermittlernummer

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

männlich (m) weiblich (w)

Telefon (freiwillige Angabe)

Fax (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung für die zu versichernden Personen

1. Person	Name/Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
2. Person	Name/Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
3. Person	Name/Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif BISS nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Versicherungsbeginn:
(Erläuterung siehe Rückseite)

01.
Monat Jahr



Zahn-Schutzbrief

X Zahnersatz-Schutz
Tarif BISS 80

Monatsbeitrag	1. Person <input type="text"/>
Monatsbeitrag	2. Person <input type="text"/>
Monatsbeitrag	3. Person <input type="text"/>
Gesamtbeitrag	<input type="text"/>

Ihre Leistungen (inklusive max. Kassenleistung)

- 100 % Zahnersatz im Rahmen einer einfachen Ausführung (GKV-Regelversorgung)
- 80 % Zahnersatz bei höherwertiger Ausführung (über den Rahmen der GKV-Regelversorgung hinaus)
- 80 % für Inlays
- 80 % für professionelle Zahnreinigung (max. 50,- €/Jahr)

Widerrufliche Einzugsermächtigung (keine andere Zahlungsweise möglich)

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen. (Der Mindestbeitrag beträgt 750 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.)

monatlich jährlich
(3 % Skonto)

Bank

Bankleitzahl

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)

Kontonummer

Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Sobald Sie eine Frage mit »ja« beantworten müssen, ist der Abschluss des Zahn-Schutzbriefs für die betroffene Person leider nicht möglich.

	1. Person		2. Person		3. Person	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1. Werden derzeit zahnärztliche Behandlungen durchgeführt, oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind mehr als 6 Zähne ersetzt oder überkront oder fehlen mehr als 2 Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnersatzmaßnahmen an bereits fehlenden Zähnen sind vom Versicherungsschutz ausgenommen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte teilen Sie uns mit, wie Ihre Angaben zum Vertragsschluss und im Leistungsfall ggf. geprüft werden sollen. (Erklärung zur Schweigepflichtentbindung siehe Rückseite.)

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung für ein beschleunigtes Verfahren (jederzeit abänderbar) Einzelfall-Schweigepflichtentbindung für jede Anfrage

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass für die zu versichernden Personen derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, außerdem in den vergangenen 36 Monaten ein ununterbrochener Versicherungsschutz in einem bzw. mehreren der folgenden Länder Deutschland, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz oder Spanien bestand und kein privater Versicherungsschutz mit Zahnleistungen bei der HALLESCHE Krankenversicherung oder einem anderen Versicherungsunternehmen besteht.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite des Antrages, da diese auch die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf der Rückseite.

Wartezeiten: Von Versicherungsbeginn an besteht für Zahnleistungen eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers und ggf. der zu versichernden Person auf alle obigen Erklärungen (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter).

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigefügt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHER Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHER Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHER Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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 an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Zur Beurteilung der Leistungspflicht können, falls erforderlich, Daten an beauftragte Ärzte und Gutachter weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient und für Beratungstätigkeiten erforderlich ist, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an den für mich zuständigen Vermittler weitergibt.

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 die Gesellschaften und der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Das Merkblatt ist Bestandteil der Verbraucherinformation und wird mir rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung – auf Wunsch auch sofort – überlassen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Versicherungsabschlusses überprüft.

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung (erste Variante): Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten und Pflegeheimen, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über den Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Ergeben sich nach Vertragsschluss konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.

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 Arztes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflicht für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Die HALLESCHER Krankenversicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Einzelfall-Schweigepflichtentbindung (zweite Variante): Eine dauerhafte Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Variante zur Verzögerung der Antragsprüfung bzw. der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung nicht vornehmen lassen bzw. die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

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 dieser Hinweis in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die HALLESCHER Krankenversicherung aG, 70166 Stuttgart, Hausanschrift: Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

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 der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 50 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de
Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER

Monatlicher Beitrag in €:

Alter	BISS 80	
	männlich	weiblich
0-16	3,52	3,52
17-20	7,71	8,34
21	14,36	15,76
22	14,66	16,10
23	14,96	16,43
24	15,27	16,77
25	15,56	17,11
26	15,86	17,46
27	16,14	17,79
28	16,44	18,14
29	16,73	18,48
30	17,01	18,81
31	17,29	19,15
32	17,58	19,50
33	17,85	19,84
34	18,13	20,17
35	18,41	20,51

Alter	BISS 80	
	männlich	weiblich
36	18,67	20,84
37	18,94	21,17
38	19,20	21,51
39	19,45	21,84
40	19,70	22,18
41	19,95	22,51
42	20,19	22,85
43	20,43	23,19
44	20,67	23,53
45	20,90	23,86
46	21,14	24,17
47	21,36	24,47
48	21,59	24,75
49	21,81	25,02
50	22,03	25,28

Alter	BISS 80	
	männlich	weiblich
51	22,25	25,52
52	22,46	25,75
53	22,67	25,95
54	22,88	26,14
55	23,09	26,31
56	23,28	26,46
57	23,46	26,58
58	23,62	26,68
59	23,79	26,76
60	23,95	26,81
61	24,08	26,87
62	24,22	26,91
63	24,35	26,94
64	24,47	26,96

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHE Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

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.

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.

HALLESCHE

Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit