



Versicherungsnehmer ☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag zu		Versicherungsnummer 	Vermittlernummer
Name, Vorname ☐ Frau ☐ Herr ☐ Div. 		Beruf 	
Straße und Hausnummer 		Geburtsdatum Telefon 	
PLZ 	Wohnort 		
E-Mail 		E-Mail 	

Versicherte Personen								DentOptimal			
	Name, Vorname	m/w/d	Geburtsdatum	Eintrittsalter	10	15	20	25			
1											
2											
3											
4											

Eintrittsalter: Jahr des Versicherungsbeginns / Geburtsjahr

DentOptimal für Mitglieder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV) oder privaten Zahnzusatzversicherung.

Erstattungssatz*	DentOptimal10	DentOptimal15	DentOptimal20	DentOptimal25
Erstattung in % des Rechnungsbetrags für medizinisch notwendigen Zahnersatz.	10 %	15 %	20 %	25 %

Leistungsbegrenzungen	Innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre bestehen Leistungsbegrenzungen. Pro Versicherungsjahr erwerben Sie einen Anspruch auf einen Leistungsbetrag in Höhe von:			
	100 EUR	150 EUR	200 EUR	250 EUR

Die Summe der pro Versicherungsjahr erworbenen Leistungsbeträge bildet die Leistungsbegrenzung zum Schadenzeitpunkt.
Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt diese Leistungsbegrenzung.

Eintrittsalter	Monatsbeitrag			
bis 18 Jahre	7,00 EUR	8,00 EUR	11,00 EUR	12,00 EUR
19-30 Jahre	9,00 EUR	11,00 EUR	14,00 EUR	15,00 EUR
31-40 Jahre	12,00 EUR	14,00 EUR	18,00 EUR	20,00 EUR
41-50 Jahre	15,00 EUR	18,00 EUR	23,00 EUR	25,00 EUR
51-60 Jahre	18,00 EUR	21,00 EUR	27,00 EUR	30,00 EUR
ab 61 Jahre	23,00 EUR	26,00 EUR	34,00 EUR	38,00 EUR

*) Die maximale Erstattung beträgt nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrags inklusive sämtlicher anrechenbarer Vorleistungen (z. B. Erstattung der PKV). Beachten Sie auch die Leistungsbegrenzungen innerhalb der ersten 4 Jahre.

Versicherungsbeginn: ____ . ____ .20 ____	00:00 Uhr	Versicherungsbeginn ist frühestens am Tag nach Antragseingang bei uns.	Laufzeit: 1 Jahr	Zahlweise: ☐ jährlich ☐ ½-jährlich ☐ ¼-jährlich ☐ monatlich
Das Vertragsverhältnis verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht Ihnen oder uns drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.				Der Mindestbeitrag je Zahlungsweise beträgt 10 EUR; bei einem Beitrag unter 10 EUR ist keine monatliche Zahlungsweise möglich.

Beitragsberechnung						
Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	=	Gesamt-Monatsbeitrag	Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise
EUR	EUR	EUR	EUR		EUR	EUR

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Würzburger Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Würzburger Versicherungs-AG auf mein 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Basislastschrifteinzug wird mir spätestens einen Kalendertag im Voraus unter Angabe der Fälligkeitstermine angekündigt.

Zahlungsempfänger: Würzburger Versicherungs-AG	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954	Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.
---	--	---

Name, Vorname des Kontoinhabers	Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Name und Ort des Kreditinstituts	BIC

IBAN	Prüfzahl	Bankleitzahl	Kontonummer (rechtsbdg. u. ggf. mit Nullen auffüllen)	Ort, Datum und Unterschrift

Wichtige Hinweise Für den Vertrag gelten die auf der Rückseite unter „Vertragsgrundlagen“ aufgeführten Bedingungen, soweit die entsprechenden Leistungen hier beantragt wurden. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift, dass Ihnen rechtzeitig vor Antragstellung alle Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den Kundeninformationen nach der Verordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VG-InfoV) in Textform zur Verfügung gestellt wurden. Sie können innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins Ihre Vertragserklärung widerrufen. Über das Widerrufsrecht werden Sie im Versicherungsschein ausführlich informiert. **Bewusst unwahre Angaben können den Versicherer gem. § 19 Versicherungsvertragsgesetz zum Vertragsrücktritt berechtigen. Bitte lesen Sie unbedingt die umseitigen „Kundeninformationen“ und die umseitige „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Sie sind wichtige Bestandteile des Vertrages, deren Geltung Sie mit der nachfolgenden Unterschrift ebenfalls bestätigen.**

Unterschriften

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift der versicherten Person
(wenn nicht Antragsteller) Unterschrift des Vermittlers



KUNDENINFORMATION

1. Versicherer

Versicherer ist die Würzburger Versicherungs-AG. Sämtliche Erklärungen, Mitteilungen und Anzeigen sowie die Erhebung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen sind an die Würzburger Versicherungs-AG unter folgender Anschrift zu richten: Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg

2. Vertragsgrundlagen

Maßgebend sind der Antrag, der Versicherungsschein sowie die je nach Deckungsumfang

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für DentOptimal (AVB Zahn DO)

Die hier relevanten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen stehen für Sie im Internet unter www.wuerzburger.com/bedingungen zu Ihrer Information oder zum Download zur Verfügung. Sie können die Versicherungsbedingungen auch unter der angegebenen Adresse des Versicherers in Papierform anfordern.

3. Allgemeine Hinweise

Unrichtige Beantwortung der Fragen nach Gefahrenumständen sowie arglistiges Verschweigen sonstiger Gefahrenumstände kann den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Nebenabreden gelten nur, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt worden sind.

4. Einlösung/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Antragseingang, frühestens jedoch zum auf dem Antragsformular beantragten Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich gezahlt wird.

5. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die Mitglied einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV) oder privaten Zusatzversicherung sind.

6. Prämien

Die Prämienhöhe ist dem Antrag zu entnehmen. Für versicherte Personen, die bei Antragsstellung noch nicht 19 Jahre alt sind, wird der Beitrag ab dem Monat, in dem sie das 19. Lebensjahr erreichen, auf den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag für das Eintrittsalter ab 19 Jahre erhöht. Gleiches gilt für das Erreichen des 31., 41., 51. und 61. Lebensjahres.

7. Zuständige Aufsichtsbehörde

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

8. Hinweise zur Datenverarbeitung bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Die Würzburger Versicherungs-AG ist zum 01.03.2019 den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) beigetreten. Den Code of Conduct Datenschutz und weitere Einzelheiten zum Datenschutz finden Sie bei uns auf der Homepage unter www.wuerzburger.com/datenschutz.html.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Als Versicherungsunternehmen benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB strafgesetzlich geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Würzburger Versicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG. Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Würzburger Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG

Die Würzburger Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Würzburger Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Würzburger Versicherungs-AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und

Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Würzburger Versicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.wuerzburger.com eingesehen oder bei dem Datenschutzbeauftragten der Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, E-Mail: datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Würzburger Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Würzburger Versicherungs-AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Würzburger Versicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Würzburger Versicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Würzburger Versicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Würzburger Versicherungs-AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die Würzburger Versicherungs-AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Würzburger Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Würzburger Versicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Würzburger Versicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.