

Versicherungsnehmer und zu versichernde Person

Geburtsdatum	<input type="text"/>	Versicherungsbeginn	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>
Telefon/Mobil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitglieds-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere zu versichernde Person (bitte eintragen):

Vorname, Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Mitglieds-Nr.

asano Edition „zahnersatz extra“

Eintrittsalter	<input type="checkbox"/> zahnersatz extra
0-20 Jahre	3,99 € / mtl.
21-40 Jahre	10,29 € / mtl.
41-65 Jahre	15,99 € / mtl.
ab 66 Jahren	18,99 € / mtl.

Leistungsbegrenzung in den ersten vier Versicherungsjahren:  
 im ersten Versicherungsjahr: max. 500 EUR  
 im zweiten Versicherungsjahr: max. 500 EUR  
 im dritten Versicherungsjahr: max. 1.000 EUR  
 im vierten Versicherungsjahr: max. 1.000 EUR

- Ich weiß und bin damit einverstanden, dass für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne kein Leistungsanspruch besteht. Dies ist auch den versicherten Personen bekannt. Auch diese sind damit einverstanden. \*
- Ich weiß und bin damit einverstanden, dass für Zahnersatzmaßnahmen, z.B. Kronen, Brücken etc., die vor Vertragsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, keine Leistung erfolgt. Dies ist auch den versicherten Personen bekannt. Auch diese sind damit einverstanden. \*
- Bitte ankreuzen! Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

**Beitragszahlung mittels SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die asano AG (Gläubiger-ID: DE67ZZZ00000062395), die laufenden Versicherungsbeiträge aus dem beantragten Versicherungsvertrag unter der Mandatsreferenznummer, die der Policennummer entspricht, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Kreditinstitut an, auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die asano AG wird den Versicherungsnehmer spätestens drei Tage vor der Abbuchung über den bevorstehenden Einzug informieren.

IBAN	D E <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bankleitzahl	Kontonummer
BIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich (monatliche Zahlung nicht möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Bitte ankreuzen!
Vor-/Nachname abweichender Kontoinhaber	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift des Kontoinhabers			<input type="text"/> 1. Unterschrift

Verzichtserklärung Ich verzichte zum jetzigen Zeitpunkt auf die Aushändigung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen und der weiteren Informationen nach der aufgrund des § 7 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz erlassenen Rechtsverordnung. Sämtliche Vertragsbestimmungen erhalte ich dann in Textform zusammen mit meinem Versicherungsschein. Nach Erhalt der Vertragsbestimmungen kann ich den Versicherungsvertrag noch innerhalb eines Monats in Textform widerrufen.

Unterschrift des Versicherungsnehmers	<input type="text"/> 2. Unterschrift
---------------------------------------	--------------------------------------

- Der Einwilligung zu Werbezwecken auf der Rückseite stimme ich zu.  Bitte ankreuzen, wenn gewünscht!

1. Ich beantrage die Zahn-Zusatzversicherung wie oben angegeben und bestätige die Richtigkeit meiner Daten. 2. Ich bestätige, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf der Rückseite zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, an andere Stellen und an Rückversicherer zur Kenntnis genommen zu haben und stimme diesen ausdrücklich zu.

Ort, Datum	<input type="text"/> 3. Unterschrift
Unterschrift des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person	
Die rückseitige bzw. nachfolgende Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen.	

## Einwilligungserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Einwilligung zur Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie den Sozialgesetzbüchern I und X

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Sozialgesetzbücher I und X sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von persönlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Daten für diesen Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die asano AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen um Ihre Daten an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister, Assistance-Dienstleister, Risikoträger, Rückversicherer oder Gesetzliche Krankenkassen weiterleiten zu dürfen bzw. von diesen zu erhalten. Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene, mitversicherte Personen, wie z.B. Ihre Kinder. Ich erkläre mich einverstanden, dass die asano AG die von mir mitgeteilten Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Zudem willige ich ein, dass die asano AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen und/oder der Vertragsverwaltung ergeben, an die NV-Versicherungen VVaG einschließlich Gesundheitsdaten zur Vertragsverwaltung und der Leistungserstattung, an die Allianz Worldwide Partners Deutschland zur Leistungsprüfung und Leistungsbearbeitung und an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Risikobeurteilung bzw. Prämienkalkulation übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustande kommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die asano AG sowie die NV-Versicherungen VVaG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler übermitteln, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Risikoträger, Personen- sowie Rückversicherer übermittelt werden, an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Einwilligung im Zusammenhang mit gesetzlichen Krankenkassen insbesondere mit der Schwenninger Krankenkasse:

Diese Einwilligung betrifft die Verarbeitung von besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetz i.V.m. § 35 SGB I, §§ 67 ff SGB X). Ich bin damit einverstanden, dass die asano AG der Schwenninger den Abschluss der Zusatzkrankenversicherung mitteilt sowie die für die Überprüfung und Berechnung des Kassenanteils benötigten Unterlagen übermittelt. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die asano AG der Schwenninger den Bearbeitungsstand und ihre erbrachten Leistungen aus der Zusatzkrankenversicherung mitteilt.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Schwenninger Informationen über ihren Leistungsanteil, Rechnungen (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, etc.) im Rahmen dieses Tarifes, alle zur Leistungserstattung benötigten Unterlagen sowie das Ende der Mitgliedschaft an die asano AG weiterleitet.

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 vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Anlage zu diesem Antrag, auf Wunsch auch erst mit dem Versicherungsschein überlassen wird.

Gesetz zur Vermittlerrichtlinie IDD

Das Gesetz zur Verbesserung des Verbraucherschutzes sieht vor, dass jedem Verbraucher vor Abschluss eines Versicherungsvertrages ein ausführliches Beratungsgespräch zusteht. Insofern bestätigen ich mit meiner Unterschrift, die eigenverantwortliche Entscheidung für dieses asano-Produkt. Ferner erkläre ich, dass ich den Produktinhalt und die damit verbundenen Rechte und Pflichten vollständig verstanden habe.

### Ihre Kontaktdaten:

asano AG  
Brunnenstraße 47  
71032 Böblingen

... per Telefon, Fax, Internet und E-Mail

Service-Team 07031 49 16 74 0

Service Fax 07031 49 16 74 99

Internet [www.asano-ag.de](http://www.asano-ag.de)

E-Mail [service@asano-ag.de](mailto:service@asano-ag.de)