

## VERSICHERUNGSANFRAGE

Diese Versicherungsanfrage verpflichtet weder die/den Anfragersteller/-in, noch die DKV Luxembourg S.A. zu einem Vertragsabschluss.  
Nur die französische Fassung des Versicherungsantrages ist maßgebend.

### DKV Luxembourg S.A.

11-13, rue Jean Fischbach  
L-3372 Leudelange  
Telefon +352/42 64 64-1  
Fax +352/42 64 64-250  
info@dkv.lu  
www.dkv.lu

R.C.S. Luxembourg, B 45762  
Société Anonyme

Postanschrift:  
DKV Luxembourg S.A.  
Postfach 845  
L-2018 Luxembourg

# Anfrageformular für Versicherungsnehmer

Versicherungs-Nr.	GVLZ	Vermittler Marco OTTEN	Anfragestellung Tag/Monat/Jahr 4336 / 2770	Polizenzurteilung
-------------------	------	---------------------------	---	-------------------

## Angaben zum Versicherungsnehmer/Anfragesteller

Titel		Vor- und Zuname		Wird mitversichert?	Geschlecht	Geburtsdatum	Nationalitätsland
-------	--	-----------------	--	---------------------	------------	--------------	-------------------

### Adresse des Versicherungsnehmers

Straße und Hausnummer		zurzeit ausgeübter Beruf	
PLZ/Ort		Telefon/Fax	
E-mail		Mobiltelefon	

### Weitere Adresse

Arbeitgeber  Schule  Universität  Sonstige

Name		E-mail	
Straße und Hausnummer		Telefon/Fax	
PLZ/Ort		Bemerkungen	

## ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

### 1. Versicherungsanfrage

Der Versicherungsnehmer erklärt, darüber im Bilde zu sein, dass diese Versicherungsanfrage weder den möglichen Versicherungsnehmer noch DKV Luxembourg S.A. zum Vertragsabschluss verpflichtet. Der Versicherungsschutz beginnt keinesfalls mit Unterzeichnung der Versicherungsanfrage.

Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Versicherungsanfrage wird die DKV Luxembourg S.A. dem Versicherungsnehmer entweder ein Versicherungsangebot unterbreiten, ihm mitteilen, dass der Abschluss der Versicherung eine vorherige Untersuchung (etwa ärztliche Untersuchung) erfordert, oder ihm mitteilen, dass sie den Abschluss einer Versicherung ablehnt.

Der Versicherungsagent ist bei DKV Luxembourg S.A. zugelassen und im „Verzeichnis der Versicherungsvermittler und Rückversicherer“ eingetragen. Informationen zur Zulassung der Agenten können auf der Website des Commissariat aux Assurances (luxemburgische Aufsichtsbehörde für den Versicherungssektor) unter <http://www.caa.lu/>, Rubrik „Intermédiaires“ (Vermittler) abgerufen werden.

### 2. Personenbezogene Daten

Der Verantwortliche für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist DKV Luxembourg S.A, 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Der Datenschutzbeauftragte ist über die E-Mail-Adresse [dpo@lalux.lu](mailto:dpo@lalux.lu) erreichbar.

Gemäß der Verordnung über den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten erhebt und verarbeitet der für die Verarbeitung Verantwortliche (nachfolgend der „Verantwortliche“) die personenbezogenen Daten, die der Versicherungsnehmer ihm mitgeteilt haben, sowie die Daten, die er ihm zu einem späteren Zeitpunkt für folgende Zwecke übermittelt:

- Zur Beurteilung der Risiken und zur Vorbereitung, Erstellung, Verwaltung und Ausführung der Versicherungsverträge. Die Verarbeitung ist für die Ausführung eines Vertrags notwendig, bei dem die betroffene Person (d. h. der Versicherungsnehmer und der (oder die) Versicherte(n)) Vertragspartei ist, oder für die Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Wunsch dieser Partei durchgeführt werden, wie etwa die Anforderung von Angeboten/Kostenvoranschlägen. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Mitarbeitern und Agenten des Verantwortlichen, den beratenden Ärzten, seinen Auftragsverarbeitern und seinem Rückversicherer mitgeteilt.
- Zur Erhebung der übermittelten Daten und gegebenenfalls Übermittlung an das Commissariat Aux Assurances gemäß dem geänderten Gesetz vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Erhebung der übermittelten Daten und gegebenenfalls Übermittlung an die externen Prüfer im Rahmen der Arbeiten, die das geänderte Gesetz vom 08.12.1994 über die Jahresabschlüsse von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen verlangt. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Vermeidung oder Entdeckung jedes Betrugsrisikos und zur Beachtung der Verbote und der gegen Personen, Unternehmen oder Unternehmensgruppen ergriffenen einschränkenden finanziellen Maßnahmen. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen oder zum Schutz der berechtigten Interessen des Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten werden gegebenenfalls an die zuständige Behörde weitergeleitet, wie etwa die zentrale Meldestelle, wobei die geltenden Rechtsvorschriften streng befolgt werden.
- Zur Pflege der Geschäftsbeziehungen mit den Kunden – einschließlich (sofern die Kunden dem nicht widersprechen) zur Information über vergleichbare Produkte oder Leistungen oder über Produkte und Leistungen, die die von ihnen bereits abgeschlossenen ergänzen, sowie über neue Produkte und Leistungen. Grundlage der Verarbeitung ist das berechnete Interesse des Verantwortlichen, seine Kunden auf Versicherungsprodukte und -leistungen aufmerksam zu machen und sie zu beraten. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Mitarbeitern der LALUX-Gruppe und den Agenten des LALUX-Netzes mitgeteilt. Im Rahmen dieses Zwecks werden keine Gesundheitsdaten übermittelt; diese werden ausschließlich von der Gesellschaft verarbeitet, die sie erhoben hat.
- Zur Korrespondenz mit seinen Anwälten, Beratern, Ärzten oder jedem anderen Beteiligten und zur Übermittlung der notwendigen Daten an diese sowie an das Commissariat aux Assurances (CAA), die Association des Compagnies d'Assurances (ACA) oder auch an die befassen Richter und bezeichneten Sachverständigen, um seine Rechte zu schützen, insbesondere im Rahmen der Verteidigung oder des Schutzes seiner Rechte und Interessen (etwa Eintreibung geschuldeter Beträge, Anfechtung der Bedingungen für das Vorgehen), im Rahmen von gerichtlichen Klagen, des Umgangs mit Beschwerden oder Streitigkeiten usw. Die Verarbeitung ist notwendig zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung oder zum Schutz der berechtigten Interessen des Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten können dementsprechend den oben angegebenen Parteien übermittelt werden.

Der Verantwortliche handelt gemäß den Modalitäten und Bedingungen, die in Artikel 300 des geänderten Gesetzes über den Versicherungssektor im Hinblick auf die berufliche Schweigepflicht im Versicherungsbereich ausgeführt werden.

Der Versicherungsnehmer erklärt, darüber im Bilde zu sein, dass die Beantwortung der in der Versicherungsanfrage oder in etwaigen anderen Dokumenten gestellten Fragen zwingend ist. Werden die Fragen nicht beantwortet, hat der Verantwortliche das Recht, die Geschäftsbeziehung abzulehnen.

Die betroffene Person hat das Recht, vom Verantwortlichen Zugang zu ihren personenbezogenen Daten, die Berichtigung oder Löschung dieser Daten oder eine Beschränkung ihrer Verarbeitung zu verlangen. Sie hat zudem das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Übertragbarkeit der Daten. Die Wahrnehmung des Rechts auf Widerspruch gegen die Verarbeitung bewirkt die Auflösung des Vertrags, da die Beurteilung des Risikos durch den Verantwortlichen auf den gesammelten Informationen basiert. Es ist daher unbedingt notwendig, die Fragen gewissenhaft zu beantworten, wobei darauf hingewiesen wird, dass Auslassungen oder absichtliche Ungenauigkeiten, die den Verantwortlichen zu einer falschen Bewertung des Risikos veranlassen, die Nichtigkeit des Vertrags bewirken.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich daher, unverzüglich alle Beschwerden, Erkrankungen, Unfälle, Behandlungen, auch betreffend Zähne oder Kiefer, anzugeben und ganz allgemein jede Untersuchung anzugeben, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrags vorgesehen war bzw. empfohlen

wurde.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Versicherungsnehmer, dass er alle Punkte wahrheitsgemäß beantwortet hat. Er übernimmt die Verantwortung für die von ihm unterzeichneten Angaben auch dann, wenn der Antrag von einem Versicherungsvermittler ausgefüllt wurde.

Der Versicherungsnehmer billigt, dass der Verantwortliche das Recht hat, die Richtigkeit aller von ihm gemachten Angaben zu überprüfen und er weiß, dass der Verantwortliche die Vorlage aller von ihm für notwendig erachteten Unterlagen für diesen Zweck und zur Erläuterung der Angaben verlangen kann.

Der Verantwortliche kann automatisierte Entscheidungsfindungssysteme nutzen, etwa bei Kontrollen zur Verhinderung des Betrugsrisikos. Er kann solche Verfahren nutzen, um festzustellen, ob die Geschäftsbeziehung mit einem Kunden oder ein Vertrag mit einem Betrugsrisiko verbunden ist. Dementsprechend kann der Verantwortliche zusätzliche Nachweise verlangen und er ist berechtigt, den Abschluss der Versicherung abzulehnen.

Bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, die ein menschliches Eingreifen erfordert, wendet der Verantwortliche keine Verarbeitung an, die in einer automatisierten Bewertung basierend auf persönlichen Aspekten beruht, und alle Entscheidungen werden nicht automatisiert getroffen. Für gezielte Marketingkampagnen gibt es eine Sequenzierung, bei der keinerlei Entscheidung verlangt wird und die die betroffenen Personen dem Verantwortlichen gegenüber in keiner Weise verpflichtet.

Kommt es zu keinem Vertragsabschluss, können die Daten für die Dauer von drei Jahren, gerechnet ab deren Erhebung durch den Verantwortlichen oder ab dem letzten vom potenziellen Kunden ausgehenden Kontakt aufbewahrt werden. In allen anderen Fällen beschränkt sich die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf die Dauer der Verarbeitung der Daten und den sich daran anschließenden Zeitraum, während dessen die Daten aufbewahrt werden müssen, damit der Verantwortliche seine Pflichten nach Maßgabe der Verjährungsfristen oder in Anwendung anderer gesetzlicher Bestimmungen erfüllen kann.

### 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Mit seiner Unterschrift erklärt der Versicherungsnehmer, dass er die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Administrativen Bedingungen und die Definitionen sowie die für den vorliegenden Vertrag geltenden Sonderbedingungen erhalten, diese zur Kenntnis genommen hat und deren Inhalt uneingeschränkt billigt.

### 4. Tarife ohne Altersrückstellung

Der Versicherungsnehmer hat folgende Besonderheiten des Tarifs ohne Altersrückstellung zur Kenntnis genommen:  
Der ausgewählte Tarif wird auf der Grundlage der Art der Schadensversicherung berechnet. Dies bedeutet, dass keine Altersrückstellung gebildet wird, um den Versicherungsschutz im Alter vorzufinanzieren, eine Möglichkeit, die heute zunehmend genutzt wird. Die Versicherungsbeiträge gliedern sich nach Altersstufen auf. Der Beitrag für die höhere Altersstufe ist für das gesamte Jahr zu zahlen, in dem diese Altersstufe erreicht wird. Diese Bestimmung ist mit keinem Anspruch auf ein besonderes Kündigungsrecht verbunden. Der Versicherungsnehmer/die versicherte Person kann jederzeit während der Laufzeit des Vertrags zu einem Tarif mit Altersrückstellung wechseln. Dieser Wechsel erfolgt auf schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers/der versicherten Person zu Beginn des folgenden Monats und unter Berücksichtigung des Eintrittsalters zu diesem Zeitpunkt. Im Falle eines Wechsels von einem Tarif ohne Altersrückstellung zu einem Tarif mit Altersrückstellung wird keine neue ärztliche Prüfung durchgeführt. Bei einem Wechsel von einem Tarif mit Altersrückstellung zu einem Tarif ohne Altersrückstellung gehen die bis zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der Vorfinanzierung angesparten Beträge verloren. Sollte zu einem späteren Zeitpunkt ein erneuter Wechsel zugunsten eines Tarifs mit Altersrückstellung beantragt werden und erfolgen, beginnt die Berechnung der im Rahmen der Vorfinanzierung angesparten Beträge zum Zeitpunkt dieses neuen Wechsels. Bei einem Wechsel von einem Tarif mit Altersrückstellung zu einem Tarif ohne Altersrückstellung gehen die bis zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der Vorfinanzierung gesparten Beträge verloren.

## FINANZSANKTIONEN

Ausgeschlossen sind gemäß den vorliegenden allgemeinen Bedingungen jegliche Entschädigungszahlung, Rückerstattung, sowie auch allgemein jede Versicherungsdeckung oder die Erbringung von Versicherungsleistungen jeder Art, wenn solche Zahlungen, Versicherungsdeckungen oder Leistungen einen Verstoß darstellen gegen internationale Sanktionen auf Grundlage einer Resolution des UN-Sicherheitsrates, einer Entscheidung des Rates der Europäischen Union oder einer Entscheidung der Kommission der Europäischen Union, oder allgemeiner einen Verstoß gegen jede Anordnung, die internationale Wirtschafts- und Handelssanktionen zur Folge hat, oder auch einen Verstoß gegen Gesetze oder Verordnungen jeder staatlichen Behörde, die die Gesellschaft einhalten muss.

Sollten internationale Sanktionen während der Laufzeit des Versicherungsvertrages anwendbar werden und somit die Fähigkeit der Gesellschaft zur Erbringung der im Vertrag festgelegten Garantie(n) einschränken oder unmöglich machen, können sowohl die Gesellschaft als auch der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag gesetzeskonform kündigen. Gemäß Artikel 40 des Gesetzes vom 27. Juli 1997 über den Versicherungsvertrag kann die Firma im Falle einer solchen Kündigung einen der Gültigkeitsdauer des Vertrags entsprechenden zeitanteiligen Prämienbetrag einbehalten.

## Zu zahlender Gesamtbeitrag in Euro:

Der Gesamtbeitrag errechnet sich aus den Einzelbeiträgen der Personen abzüglich ggf. Ermäßigungen, zuzüglich der Versicherungssteuer.

Zahlungsintervall:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich (minus 2% Skonto)  jährlich (minus 3% Skonto)  
(Monatliche Zahlung wird per Beitragsabruf vorgenommen.)

Zahlungsmodalität:  Abruf (Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)  Überweisung

## Erstattungskonto

Name der Bank	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Datum/Ort	Adresse des Vermittlers/Agenten	Zur Startbahn 11a 54634 Bitburg
Unterschrift des Anfragestellers (Vor- und Zuname)	Unterschrift des Vermittlers/Agenten	

Durch die Unterzeichnung der Versicherungsanfrage wird noch kein Versicherungsschutz ausgelöst. Innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Versicherungsanfrage bei der Gesellschaft ist die DKV Luxembourg S.A. zur Vermeidung von Schadenersatzansprüchen dazu verpflichtet, dem Anfragesteller entweder ein Versicherungsangebot zuzusenden, ihn über die Notwendigkeit einer weiteren Risikoprüfung zu informieren oder ihm die Ablehnung der Versicherungsanfrage mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer verfügt ab dem Zeitpunkt, wo er vom Vertragsabschluss unterrichtet wird, über eine Frist von 30 Tagen, in der er per Einschreiben auf das Inkrafttreten des Vertrages verzichten kann.

**SEPA-Lastschriftmandat | SEPA Direct Debit Mandate | Mandat de prélèvement SEPA**
*Vom Zahlungsempfänger auszufüllen | To be completed by the Creditor | A compléter par le créancier*
**Mandatsreferenz | Mandate Identification | Identification du mandat**

Mit Bezug auf den Vertrag:

In respect of the contract:

Objet du mandat :

 wiederkehrende | recurrent | récurrent  
*(mehrmalige Nutzung | can be used more than once | peut être utilisé plusieurs fois)*

Oder | or | ou

Zahlungsart:

Type of payment:

Type d'encaissement :

 einmalige | one-off | unique  
*(einmalige Nutzung | can only be used once | ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)*
*Vom Zahlungspflichtigen auszufüllen | To be completed by the Debtor | A compléter par le débiteur*
**Identifikation des Zahlungspflichtigen | Debtor Identification | Identification du débiteur**

Name | Nom

*(max. 70 Zeichen | characters | caractères)*

Adresse | Address

*(max. 70 Zeichen | characters | caractères)*

Land | Country | Pays

PLZ | Postcode | Code postal

Ort | City | Ville

IBAN

BIC

*(max. 11 Zeichen | characters | caractères)*
*BIC: keine Pflicht in Belgien | not mandatory in Belgium | pas obligatoire en Belgique*

Ich ermächtige/wir ermächtigen die DKV Luxembourg S.A., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DKV Luxembourg auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine/Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir bei meinem/ unserem Kreditinstitut anfordern kann/können.

By signing this mandate form, you authorise the DKV Luxembourg S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the DKV Luxembourg S.A. Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Remarque : Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits relatifs à ce mandat sont expliqués dans un document dont vous pouvez obtenir communication auprès de votre banque.

Datum | Date: \_\_\_\_\_

Ort | Place | Lieu : \_\_\_\_\_

Name | Nom \_\_\_\_\_

Hier unterschreiben -&gt; | Sign here -&gt; | Veuillez signer ici -&gt;

**Unterschrift(en) | Signature(s)**

## Gesundheits- und sonstige Fragen

Die nachstehenden Fragen sind für alle zu versichernden Personen ausführlich zu beantworten. Es sind auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen anzugeben, die als unwesentlich angesehen werden. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Personenziffer auf einem besonderen Blatt als Anlage zur Versicherungsanfrage vorzunehmen und in der Versicherungsanfrage auf dieses Beiblatt zu verweisen.

Falls der Antragsteller dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchte, so kann er diese unmittelbar durch einen eingeschriebenen Brief an DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen. Der Antragsteller ist verpflichtet, alle ärztlichen Behandlungen und Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages eintreten, dem Versicherer umgehend schriftlich anzuzeigen. Bitte erläutern Sie die mit "ja" beantworteten Fragen auf dem dafür vorgesehenen Platz.

**WICHTIG: Bitte erläutern Sie die mit "ja" beantworteten Fragen auf dem jeweiligen Blatt der zu versichernden Person, mit Angabe der Fragennummer auf dem dafür vorgesehenen Platz.**

1.	Gewicht in kg
2.	Größe in cm
3.	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?
4.	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden oder wurden radiologische Untersuchungen (z. B. Röntgen oder Kernspintomographie), Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt?
5.	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?
6.	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Allergien, Beschwerden oder sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?
7.	Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung beabsichtigt oder angeraten?
8.	Werden Medikamente oder Heilmittel angewendet, oder werden Hilfsmittel benötigt? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?
9.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?
10.	Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?
11.	Werden Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) getragen? Wenn ja, bitte Dioptrien angeben.
12.	Besteht eine Schwangerschaft?
13.	Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung, Zahnersatzbehandlung oder eine Kiefer-(Zahn)-Regulierung statt oder ist eine solche Massnahme beabsichtigt oder angeraten worden? Wenn ja, reichen Sie bitte den Heil- und Kostenplan oder einen Zusatzfragebogen "Zahn" ein.
14.	Fehlen Ihnen natürliche Zähne (außer Milch – und Weisheitszähnen)? Wenn ja, wie viele und welche?
15.	Haben Sie überkronte Zähne und/oder Zahnersatz (z. B. Brückenglieder, Prothesen, Implantate)? Bitte geben Sie das Alter der Krone/des Zahnersatzes an und welche Zähne wie ersetzt/überkront sind (ggfs. Zusatzfragebogen „Zahn“ einreichen).
16.	Wartezeiterlass

Die nachstehenden Fragen sind für alle zu versichernden Personen ausführlich zu beantworten. Es sind auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen anzugeben, die als unwesentlich angesehen werden. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Personenziffer auf einem besonderen Blatt als Anlage zur Versicherungsanfrage vorzunehmen und in der Versicherungsanfrage auf dieses Beiblatt zu verweisen.

Falls der Antragsteller dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchte, so kann er diese unmittelbar durch einen eingeschriebenen Brief an DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen. Der Antragsteller ist verpflichtet, alle ärztlichen Behandlungen und Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages eintreten, dem Versicherer umgehend schriftlich anzuzeigen. Bitte erläutern Sie die mit "ja" beantworteten Fragen auf dem dafür vorgesehenen Platz.

**WICHTIG: Bitte erläutern Sie die mit "ja" beantworteten Fragen auf dem jeweiligen Blatt der zu versichernden Person, mit Angabe der Fragennummer auf dem dafür vorgesehenen Platz.**

<b>1.</b>	Gewicht in kg
<b>2.</b>	Größe in cm
<b>3.</b>	Bestanden in den vergangenen fünf Jahren oder bestehen gegenwärtig Beschwerden aufgrund von Krankheit oder Unfallfolgen oder ist eine Behandlung/Therapie beabsichtigt oder angeraten?
<b>4.</b>	Haben in den vergangenen drei Jahren ambulante Behandlungen stattgefunden, wurden Medikamente/Heilmittel/Hilfsmittel bezogen oder war in den letzten fünf Jahren ein stationärer Aufenthalt, eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung erforderlich?
<b>5.</b>	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden oder eine Behinderung?
<b>6.</b>	Besteht eine Schwangerschaft?
<b>7.</b>	Bestanden oder bestehen gegenwärtig Beschwerden, die eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung erforderlich machen oder ist eine solche Behandlung beabsichtigt oder angeraten? Fehlen natürliche Zähne? Wenn ja, wie viele: Wurden Zähne überkront oder ersetzt (z.B. Brücken, Prothesen, Implantate)?
<b>8.</b>	Wartezeiterlass

# Anfrageformular für versicherte Person N°: 1

Titel, Vor- und Zuname	Geschlecht	Geburtsdatum	Nationalitätsland
------------------------	------------	--------------	-------------------

## Adresse der versicherten Person

Straße und Hausnummer	<b>Berufsstatus</b> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schüler/Student	<b>zurzeit ausgeübter Beruf</b> _____
PLZ/Ort	Telefon/Fax	<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> ledig
E-mail	Mobiltelefon	<b>Sozialversicherungsno.</b> _____

## Weitere Adresse

Wenn Student, bitte Studienort eintragen!

Name	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Sonstige
Straße und Hausnummer	E-mail
PLZ/Ort	Telefon/Fax
Bemerkungen	
<b>Besteht eine gesetzliche und/oder private Krankenversicherung?</b> <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ / <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ bis _____ bis	Gesetzlich versichert von _____ Privat versichert von _____

## Angaben über die angefragten Versicherungen (freiberufliche Tätigkeit/selbstständiges Gewerbe)

Bei der DKV Luxembourg S.A. beantrage ich hiermit den Abschluss einer Krankheitskosten- /Krankenhaustagegeld- /Krankentagegeldversicherung

Vers.-Begin am 1. des Monat.Jahr	Tarifbezeichnung bzw. Höhe des Krankenhaustagegeldes/Krankentagegeldes in EUR	E-Alter	Monatliche Beitragsrate EUR

**Gesamtbeitrag dieser Person:**

## Zusätzliche Angaben bei Tagegeldversicherungen

Selbstst.	Freiberufl.	Art der freiberuflichen Tätigkeit/des selbstständigen Gewerbes. Seit wann? _____	Übersteigt das durchschn. Monatsnettoeinkommen der letzten 12 Monate die insgesamt versicherte Summe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bestehen Ansprüche auf Krankengeld oder Krankentagegeld gegenüber anderen Versicherern? * Wo? _____ Höhe/EURO _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\*Zu berücksichtigen sind hier auch Ansprüche auf Krankengeld/Krankentagegeld ggü. anderen Versicherern (z. B. Mutualité).

## Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen - bitte Details angeben

1. Körpergewicht kg  2. Größe cm

zu Frage N°	Art der Krankheit, Diagnose, Verletzung, Beschwerden bzw. was wurde festgestellt, eingenommene Medikamente.	Behandlungs-zeitraum von-bis	Bestehende Beschwerden? Wenn "ja"-Welche? Weitere Behandlungen vorgesehen?	Wenn "nein"- Seit wann besteht Beschwerde-/Behandlungsfreiheit?
3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
10	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
11	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
12	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Unterschrift (Vor- und Zuname) der versicherten Person (ab 16 Jahre), ggf. des gesetzlichen Vertreters. Mit der Unterschrift werden ebenfalls die Erklärung zu den Personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen und anerkannt.

# Anfrageformular für versicherte Person N°: 2

Titel, Vor- und Zuname	Geschlecht	Geburtsdatum	Nationalitätsland
------------------------	------------	--------------	-------------------

## Adresse der versicherten Person

Straße und Hausnummer	<b>Berufsstatus</b> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schüler/Student	<b>zurzeit ausgeübter Beruf</b> _____
PLZ/Ort	Telefon/Fax	<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> ledig
E-mail	Mobiltelefon	<b>Sozialversicherungsno.</b> _____

## Weitere Adresse

Wenn Student, bitte Studienort eintragen!

Name	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> Sonstige
Straße und Hausnummer	E-mail
PLZ/Ort	Telefon/Fax
Bemerkungen	
<b>Besteht eine gesetzliche und/oder private Krankenversicherung?</b> <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ / <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ bis _____ bis	

## Angaben über die angefragten Versicherungen (freiberufliche Tätigkeit/selbstständiges Gewerbe)

Bei der DKV Luxembourg S.A. beantrage ich hiermit den Abschluss einer Krankheitskosten- /Krankenhaustagegeld- /Krankentagegeldversicherung

Vers.-Begin am 1. des Monat.Jahr	Tarifbezeichnung bzw. Höhe des Krankenhaustagegeldes/Krankentagegeldes in EUR	E-Alter	Monatliche Beitragsrate EUR

**Gesamtbeitrag dieser Person:**

## Zusätzliche Angaben bei Tagegeldversicherungen

Selbstst.	Freiberufl.	Art der freiberuflichen Tätigkeit/des selbstständigen Gewerbes. Seit wann?	Übersteigt das durchschn. Monatsnettoeinkommen der letzten 12 Monate die insgesamt versicherte Summe?	Bestehen Ansprüche auf Krankengeld oder Krankentagegeld gegenüber anderen Versicherern?*	Höhe/EURO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

\*Zu berücksichtigen sind hier auch Ansprüche auf Krankengeld/Krankentagegeld ggü. anderen Versicherern (z. B. Mutualité).

## Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen - bitte Details angeben

1. Körpergewicht kg     2. Größe cm

zu Frage N°	Art der Krankheit, Diagnose, Verletzung, Beschwerden bzw. was wurde festgestellt, eingenommene Medikamente.	Behandlungs-zeitraum von-bis	Bestehende Beschwerden? Wenn "ja"-Welche? Weitere Behandlungen vorgesehen?	Wenn "nein"- Seit wann besteht Beschwerde-/Behandlungsfreiheit?
3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
10	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
11	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
12	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		- <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Unterschrift (Vor- und Zuname) der versicherten Person (ab 16 Jahre), ggf. des gesetzlichen Vertreters. Mit der Unterschrift werden ebenfalls die Erklärung zu den Personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen und anerkannt.



## ERKLÄRUNGEN DER VERSICHERTEN PERSONEN

### Personenbezogene Daten

Der Verantwortliche für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist DKV Luxembourg S.A, 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Der Datenschutzbeauftragte ist über die E-Mail-Adresse dpo@lalux.lu erreichbar.

Gemäß der Verordnung über den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten erhebt und verarbeitet der für die Verarbeitung Verantwortliche (nachfolgend der „Verantwortliche“) die personenbezogenen Daten, die der Versicherte ihm mitgeteilt hat, sowie die Daten, die er ihm zu einem späteren Zeitpunkt für folgende Zwecke übermittelt:

- Zur Beurteilung der Risiken und zur Vorbereitung, Erstellung, Verwaltung und Ausführung der Versicherungsverträge. Die Verarbeitung ist für die Ausführung eines Vertrags notwendig, bei dem die betroffene Person (d. h. der Versicherte) Vertragspartei ist, oder für die Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Wunsch des Versicherungsnehmers durchgeführt werden, wie etwa die Anforderung von Angeboten/Kostenvoranschlägen. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Mitarbeitern und Agenten des Verantwortlichen, den beratenden Ärzten, seinen Auftragsverarbeitern und seinem Rückversicherer mitgeteilt.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an das Commissariat Aux Assurances (Aufsichtsbehörde für den Versicherungssektor) gemäß dem geänderten Gesetz vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an die externen Prüfer im Rahmen der Arbeiten, die das geänderte Gesetz vom 08.12.1994 über die Jahresabschlüsse von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen verlangt. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Vermeidung oder Entdeckung jedes Betrugsrisikos und zur Beachtung der Verbote und der gegen Personen, Unternehmen oder Unternehmensgruppen ergriffenen einschränkenden finanziellen Maßnahmen. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für den Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen oder zum Schutz der berechtigten Interesse des Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten werden gegebenenfalls an die zuständige Behörde weitergeleitet, wie etwa die zentrale Meldestelle, wobei die geltenden Rechtsvorschriften streng befolgt werden.
- Zur Pflege der Geschäftsbeziehungen mit den Kunden – einschließlich (sofern die Kunden dem nicht widersprechen) zur Information über vergleichbare Produkte oder Leistungen oder über Produkte und Leistungen, die die von ihnen bereits abgeschlossenen ergänzen, sowie über neue Produkte und Leistungen. Grundlage der Verarbeitung ist das berechnete Interesse des Verantwortlichen, seine Kunden auf Versicherungsprodukte und -leistungen aufmerksam zu machen und sie zu beraten. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Mitarbeitern der LALUX-Gruppe und den Agenten des LALUX-Netztes mitgeteilt. Im Rahmen dieses Zwecks werden keine Gesundheitsdaten übermittelt; diese werden ausschließlich von der Gesellschaft verarbeitet, die sie erhoben hat.
- Zur Korrespondenz mit seinen Anwälten, Beratern, Ärzten oder jedem anderen Beteiligten und zur Übermittlung der notwendigen Daten an diese sowie an das Commissariat aux Assurances (CAA), die Association des Compagnies d'Assurances (ACA) oder auch an die befassen Richter und bezeichneten Sachverständigen, um seine Rechte zu schützen, insbesondere im Rahmen der Verteidigung oder des Schutzes seiner Rechte und Interessen (etwa Eintreibung geschuldeter Beträge, Anfechtung der Bedingungen für das Vorgehen), im Rahmen von gerichtlichen Klagen, des Umgangs mit Beschwerden oder Streitigkeiten usw. Die Verarbeitung ist notwendig zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung oder zum Schutz der berechtigten Interessen des Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten können dementsprechend den oben angegebenen Parteien übermittelt werden.
- Zudem werden dem Versicherungsnehmer im Rahmen der Verwaltung des Versicherungsvertrags die für den Versicherungsvertrag relevanten Gesundheitsdaten, die sich im Besitz des Versicherers befinden, übermittelt, da der Versicherungsnehmer die Versicherungsprämien und gegebenenfalls die Prämienaufschläge in Verbindung mit dem Gesundheitszustand des Versicherten zahlt. Zudem gelten für den Versicherungsnehmer etwaige Ausnahmen aufgrund des Gesundheitszustands des Versicherten, die den von ihm beantragten Versicherungsschutz einschränken. Darüber hinaus wäre der vom Versicherungsnehmer abgeschlossene Versicherungsvertrag im Falle absichtlicher Falschangaben des Versicherten in seiner Gesundheitserklärung nichtig; der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Gesundheitserklärung des Versicherten zu sehen, sich über die Gesundheitsdaten zu informieren, die im Besitz des Verantwortlichen sind, und mit dem Verantwortlichen diesbezüglich zu kommunizieren.

Der Verantwortliche handelt gemäß den Modalitäten und Bedingungen, die in Artikel 300 des geänderten Gesetzes über den Versicherungssektor im Hinblick auf die berufliche Schweigepflicht im Versicherungsbereich ausgeführt werden.

Der Versicherte erklärt, darüber im Bilde zu sein, dass die Beantwortung der in der Versicherungsanfrage oder in etwaigen anderen Dokumenten gestellten Fragen zwingend ist. Werden die Fragen nicht beantwortet, hat der Verantwortliche das Recht, die Geschäftsbeziehung abzulehnen.

Die betroffene Person hat das Recht, vom Verantwortlichen Zugang zu ihren personenbezogenen Daten, die Berichtigung oder Löschung dieser Daten oder eine Beschränkung ihrer Verarbeitung zu verlangen. Sie hat zudem das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Übertragbarkeit der Daten. Die Wahrnehmung des Rechts auf Widerspruch gegen die Verarbeitung bewirkt die Auflösung des Vertrags, da die Beurteilung des Risikos durch den Verantwortlichen auf den gesammelten Informationen basiert. Es ist daher unbedingt notwendig, die Fragen gewissenhaft zu beantworten, wobei darauf hingewiesen wird, dass Auslassungen oder absichtliche Ungenauigkeiten, die den Verantwortlichen zu einer falschen Bewertung des Risikos veranlassen, die Nichtigkeit des Vertrags bewirken.

Der Versicherte verpflichtet sich daher, unverzüglich alle Beschwerden, Erkrankungen, Unfälle, Behandlungen, auch betreffend Zähne oder Kiefer, anzugeben und ganz allgemein jede Untersuchung anzugeben, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrags vorgesehen war bzw. empfohlen wurde.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Versicherte, alle Punkte wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Er übernimmt die Verantwortung für die von ihm unterzeichneten Angaben auch dann, wenn der Antrag von einem Versicherungsvermittler ausgefüllt wurde.

Der Versicherte billigt, dass der Verantwortliche das Recht hat, die Richtigkeit aller Angaben zu überprüfen und der Versicherte weiß, dass der Verantwortliche die Vorlage aller von ihm für notwendig erachteten Unterlagen für diesen Zweck und zur Erläuterung der Angaben verlangen kann.

Der Verantwortliche kann automatisierte Entscheidungsfindungssysteme nutzen, etwa bei Kontrollen zur Verhinderung des Betrugsrisikos. Er kann solche Verfahren nutzen, um festzustellen, ob die Geschäftsbeziehung mit einem Kunden oder ein Vertrag mit einem Betrugsrisiko verbunden ist. Dementsprechend kann der Verantwortliche zusätzliche Nachweise verlangen und er ist berechtigt, den Abschluss der Versicherung abzulehnen.

Dementsprechend kann der Verantwortliche zusätzliche Nachweise verlangen und er ist berechtigt, den Abschluss der Versicherung abzulehnen. Bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, die ein menschliches Eingreifen erfordert, wendet der Verantwortliche keine Verarbeitung an, die in einer automatisierten Bewertung basierend auf persönlichen Aspekten beruht, und alle Entscheidungen werden nicht automatisiert getroffen. Für gezielte Marketingkampagnen gibt es eine Sequenzierung, bei der keinerlei Entscheidung verlangt wird und die die betroffenen Personen dem Verantwortlichen gegenüber in keiner Weise verpflichtet.

Kommt es zu keinem Vertragsabschluss, können die Daten für die Dauer von drei Jahren, gerechnet ab deren Erhebung durch den Verantwortlichen oder ab dem letzten vom potenziellen Kunden ausgehenden Kontakt aufbewahrt werden. In allen anderen Fällen beschränkt sich die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf die Dauer der Verarbeitung der Daten und den sich daran anschließenden Zeitraum, während dessen die Daten aufbewahrt werden müssen, damit der Verantwortliche seine Pflichten nach Maßgabe der Verjährungsfristen oder in Anwendung anderer gesetzlicher Bestimmungen erfüllen kann.

# Informations- und Beratungsblatt

## Identifizierung des Vermittlers

---

Marco OTTEN  
Zur Startbahn 11a  
54634 Bitburg  
E-mail : info@asplano.de

Die o.g. Agentur ist beim Commissariat aux Assurances (luxemburgische Aufsichtsbehörde für den Versicherungssektor) zugelassen und handelt für Rechnung von LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances und DKV Luxembourg S.A.. Der Vermittler, der Versicherungsagent ist, berät über die von diesen Versicherungsgesellschaften vermarkteten Produkte. Informationen zur Zulassung der Vermittler können auf der Website des Commissariat aux Assurances unter der Webadresse [www.caa.lu](http://www.caa.lu), Rubrik „Intermédiaires“ (Vermittler) abgerufen werden. Der Vermittler vermarktet ausschließlich die Versicherungsprodukte von LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances und von DKV Luxembourg S.A. Er hält keine direkte oder indirekte Beteiligung in Höhe von 10 % oder mehr an den Stimmrechten oder am Kapital der Versicherungsgesellschaften, die er vertritt.

Sollten Sie Probleme oder anhaltende Meinungsverschiedenheiten mit Ihrem Vermittler, der Versicherungsagent ist, haben, können Sie, je nachdem um welche Produkte es geht, Ihre Beschwerden entweder an die Geschäftsleitung der Versicherungsgesellschaften LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances oder LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, 9 rue Jean Fischbach, L-3373 Leudelange, oder an die Versicherungsgesellschaft DKV Luxembourg SA, 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange richten. Sie können sich aber auch an den Vermittler in Versicherungsangelegenheiten, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg, oder an das Commissariat aux Assurances, 7 Boulevard Joseph II in L-1840 Luxembourg wenden.

Vergütung des Vermittlers: Für jeden gültigen Versicherungsvertrag erhält der Vermittler eine Vergütung im Wesentlichen in Form von Provisionen jeder Art, die im Allgemeinen in der Versicherungsprämie enthalten sind. Darüber hinaus kann er jede andere Vergütung in Geldform oder anderer Form erhalten.

## Identifizierung des Kunden

---

## Erklärung über den Verzicht auf Beratung

---

Im Laufe Ihres Gesprächs mit Ihrem Vermittler und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, der Versicherungsgesellschaft haben Sie Ihren Bedarf und Ihre Anforderungen im Versicherungsbereich und Ihre Erwartungen im Allgemeinen erläutert. Sie erklären, dass Sie alle nützlichen und objektiven Informationen über das/die Versicherungsprodukt(e) erhalten haben.

Sie erklären ausdrücklich auf die Beratung Ihres Vermittlers und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, der Versicherungsgesellschaft verzichten zu wollen. Sie erklären sich somit damit einverstanden, dass Sie von ihrem Vermittler und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, der Versicherungsgesellschaft keinerlei Beratung erhalten.

## Von der Agentur/Versicherungsgesellschaft ausgesprochene Empfehlungen

---

Um Ihnen ein Versicherungsprodukt empfehlen zu können, das Ihren Anforderungen und Ihrem Bedarf entspricht, analysiert Ihr Vermittler und/oder im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, die Versicherungsgesellschaft zum einen die zu versichernden Risiken und zum anderen Ihre Anforderungen und Ihren Bedarf in Bezug auf das zu zeichnende Versicherungsprodukt.

Im Rahmen dieser Analyse wurden verschiedene Punkte mit Ihnen besprochen, insbesondere in Bezug auf:

- die versicherten Personen;
- die Beschreibung der Risiken;
- den gewünschten Umfang des Versicherungsschutzes;
- die Deckungssummen, die Deckungsgrenzen und etwaige Selbstbeteiligungen;
- etwaige frühere Versicherungsverträge, Krankengeschichte sowie sonstige Hinweise und Erläuterungen allgemeiner Art.

Der Zweck dieser Fragen besteht darin, Ihnen das Produkt anzubieten, das zum Zeitpunkt der Ermittlung der Informationen am besten zu Ihrer Situation passt. Werden keine genauen, richtigen und wahrheitsgemäßen Informationen übermittelt, ist Ihr Vermittler und/oder im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, die Versicherungsgesellschaft nicht in der Lage, Sie in angemessener Weise zu beraten. Diese Daten und Informationen werden in Ihrem alleinigen Interesse verarbeitet.

Im vorliegenden Informations- und Beratungsblatt geht es ausschließlich darum, Ihren Bedarf und Ihre Anforderungen im Versicherungsbereich zu ermitteln, um einen oder mehrere Versicherungsanträge und/oder einen oder mehrere Versicherungsvorschläge für das/die Produkt(e), das/die Sie abschließen möchten, vorzulegen. Die ausführlichen Beschreibungen des Versicherungsschutzes, der Deckungsgrenzen und der Bedingungen für das Eintreten des Versicherungsschutzes sind in den allgemeinen Besonderen Bedingungen des von Ihnen zu unterzeichnenden Vertrags.

## Ermittlung Ihres Bedarfs und Ihrer Anforderungen

---

### Um Ihnen einen geeigneten Versicherungsschutz anzubieten, ermitteln wir Ihren Bedarf und Ihre Anforderungen:

- Sie sind Mitglied der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung und wohnen in Luxemburg
- Sie sind Mitglied der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung und wohnen im Ausland
- Sie sind nicht Mitglied der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung und wohnen in Luxemburg
- Sie wohnen und arbeiten nicht in Luxemburg oder sind nicht Mitglied der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung

### Sie suchen eine Einzel- oder Familienkrankenversicherung:

- Angestellter
- Selbstständiger
- Beamter einer europäischen Institution oder Angestellter einer europäischen Institution

### Welcher zusätzliche Versicherungsschutz interessiert Sie?

- Zusatzkrankenversicherung
- Komplettersicherung

### Welcher zusätzliche Versicherungsschutz interessiert Sie?

- Versicherungsschutz stationäre Behandlung
- Versicherungsschutz stationäre Behandlung einschließlich Zahn- und Augenbehandlung
- Versicherungsschutz stationäre Behandlung einschließlich Zahn- und Augenbehandlung sowie ambulante Behandlung

## Unsere individuell an Ihren Bedarf angepasste Empfehlung für die Gesundheitsversicherung

---

Auf der Grundlage Ihrer Anforderungen und Ihres Bedarfs, der ermittelten Informationen sowie unserer Sicht Ihrer gegenwärtigen Situation empfehlen wir Ihnen einen vollständigen Versicherungsschutz mit unserem Produkt:

### Zusätzlicher Versicherungsschutz:

- BEST CARE PREMIUM für eine schnelle Terminvereinbarung bei Fachärzten
- Tagesgelder bei stationärer Behandlung (DKV HOSPITAL PLUS)
- Absicherung bei Einkommensverlusten (als Selbstständiger oder Freiberufler) (DKV CONTINUE)

## Ihre Entscheidung

---

Wir empfehlen Ihnen den vorstehenden Versicherungsschutz, der sich auf der Grundlage der durchgeführten Analyse und der bereitgestellten Informationen unter Berücksichtigung Ihrer Anforderungen und Ihres Bedarfs ergibt.

- Sie folgen der Empfehlung Ihres Vermittlers und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, der Versicherungsgesellschaft und bestätigen Ihren Wunsch, den empfohlenen Versicherungsschutz abzuschließen.
- Sie folgen nicht der Empfehlung Ihres Vermittlers und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, der Versicherungsgesellschaft und Sie bestätigen, dass Ihr Vermittler und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, die Versicherungsgesellschaft keine zusätzlichen Analysen oder Schritte in Bezug auf das Risiko, das Sie versichern möchten, durchführen soll.

### Produktinformationsblatt

- Sie bestätigen, die „Informationsdokumente“ über den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz erhalten zu haben.

### Übermittlung des Informations- und Beratungsblatts

- Ich möchte das vorliegende Informations- und Beratungsblatt in elektronischem Format erhalten.
- Ich möchte das vorliegende Informations- und Beratungsblatt als Papierausdruck erhalten.

### 1. Allgemeine Informationen

Der/die mögliche(n) Versicherungsnehmer erklärt/erklären zu wissen, dass dieses Informations- und Beratungsblatt weder den/die möglichen Versicherungsnehmer noch LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances (Versicherungsaktiengesellschaft nach luxemburgischem Recht), LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, DKV Luxembourg S.A und APROBAT lalux-assurances S.A, nachfolgend „lalux“ genannt, zum Vertragsabschluss verpflichtet. Der Versicherungsschutz beginnt keinesfalls mit Unterzeichnung des Informations- und Beratungsblatts. Dieses Informations- und Beratungsblatt wurde auf der Grundlage der Informationen erstellt, die der mögliche (die möglichen) Versicherungsnehmer vorgelegt hat/haben. Es berücksichtigt die Situation und den Versicherungsbedarf, den der mögliche (die möglichen) Versicherungsnehmer geäußert hat/haben. Dieses Informations- und Beratungsblatt gilt gemäß Artikel 295-10 des geänderten Gesetzes vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor als gesetzliche Information.

### 2. Personenbezogene Daten

Verantwortliche für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten sind LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances, 9 rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, LA LUXEMBOURGEOISE-VIE Société Anonyme d'Assurances, 9 rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange, und/oder Aprobat lalux-assurances S.A., 11-13 rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange. Der Datenschutzbeauftragte kann über die E-Mail-Adresse dpo@lalux.lu kontaktiert werden. Gemäß Datenschutz-Grundverordnung erhebt und verarbeitet der für die Verarbeitung Verantwortliche (nachfolgend der „Verantwortliche“) die personenbezogenen Daten, die der mögliche (die möglichen) Versicherungsnehmer ihm mitgeteilt hat/haben oder ihm zu einem späteren Zeitpunkt für folgende Zwecke mitteilt/mitteilen:

- Zur Beurteilung der Risiken und zur Vorbereitung, Erstellung, Verwaltung und Ausführung der Versicherungsverträge. Die Verarbeitung ist für die Ausführung eines Vertrags notwendig, bei dem die betroffene Person (d. h. der mögliche (die möglichen) Versicherungsnehmer und/oder der mögliche Versicherte (die möglichen Versicherten)) Vertragspartei ist oder bei dem die betroffene Person der Begünstigte ist, oder für die Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Wunsch dieser Partei durchgeführt werden, wie etwa die Anforderung von Angeboten/Kostenvorschlägen. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Angestellten der LALUX-Gruppe, den Agenten des LALUX-Netzes, dem Bankpartner des LALUX-Netzes für den Vertrieb bestimmter Produkte von LALUX Vie, den beratenden Ärzten, den Sachverständigen, Dritten wie Werkstätten, Auftragsverarbeitern, Versicherungsmaklern und Rückversicherern mitgeteilt.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an die luxemburgische Steuerbehörde Administration des Contributions Directes, damit diese gegebenenfalls der für den steuerlichen Wohnsitz (die steuerlichen Wohnsitze) der betroffenen Person zuständigen ausländischen Behörde gemäß dem Gesetz vom 18.12.2015 zum automatischen Informationsaustausch über Finanzkonten in Steuersachen mitgeteilt werden. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für die Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an die Inspection générale de la sécurité sociale (allgemeine Sozialversicherungsaufsicht) gemäß dem Gesetz vom 08.06.1999 über Zusatzrentensysteme. Falls zutreffend, ist diese Verarbeitung notwendig, um eine für die Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an das Commissariat aux Assurances gemäß dem geänderten Gesetz vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für die Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Erhebung der erforderlichen Daten und gegebenenfalls deren Übermittlung an die externen Prüfer im Rahmen der Arbeiten, die das geänderte Gesetz vom 08.12.1994 über die Jahresabschlüsse von Versicherungsunternehmen und Rückversicherern verlangt. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für die Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen.
- Zur Vermeidung oder Aufdeckung jedes Risikos von Betrug oder Finanzdelikt oder sonstiger Straftaten (einschließlich Finanzierung von Terrorismus und Geldwäsche) und Beachtung der Verbote und einschränkenden finanziellen Maßnahmen gegen Personen, Unternehmen oder Unternehmensgruppen. Diese Verarbeitung ist notwendig, um eine für die Verantwortlichen geltende gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen oder zum Schutz der berechtigten Interessen der Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten werden gegebenenfalls an die zuständige Behörde weitergeleitet, wie etwa die zentrale Meldestelle, wobei die geltenden Rechtsvorschriften genauestens beachtet werden.
- Zur Pflege der Geschäftsbeziehungen mit den Kunden – einschließlich (sofern die Kunden dem nicht widersprechen) zur Information über Produkte oder Leistungen, die mit den bereits abgeschlossenen vergleichbar sind, oder über Produkte und Leistungen, die diese ergänzen, sowie über neue Produkte und Leistungen. Dies beinhaltet eine Profilerstellung, die dazu dient, auf die Kundenbedürfnisse zugeschnittene Dienstleistungen und Informationen bereitzustellen. Grundlage der Verarbeitung ist das berechnete Interesse der Verantwortlichen, ihre Kunden auf Versicherungsprodukte und -leistungen aufmerksam zu machen und sie zu beraten. Die personenbezogenen Daten werden dementsprechend den Angestellten der LALUX-Gruppe und Agenten des LALUX-Netzes mitgeteilt. Im Rahmen dieses Zwecks werden keine Gesundheitsdaten mitgeteilt; diese werden ausschließlich von der Gesellschaft verarbeitet, die sie erhoben hat.
- Zur Korrespondenz mit seinen Anwälten, Beratern, Ärzten oder jedem anderen Beteiligten und zur Übermittlung der notwendigen Daten an diese sowie an das Commissariat aux Assurances, die Association des Compagnies d'Assurances oder auch an die befassen Richter und bezeichneten Sachverständigen, um seine Rechte zu schützen, insbesondere im Rahmen der Verteidigung oder des Schutzes seiner Rechte und Interessen (etwa Eintreibung geschuldeter Beträge, Anfechtung der Bedingungen für das Eintreten der Versicherung), im Rahmen von gerichtlichen Klagen, des Umgangs mit Beschwerden oder Streitigkeiten usw. Die Verarbeitung ist notwendig zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung oder zum Schutz der berechtigten Interessen der Verantwortlichen. Die personenbezogenen Daten können dementsprechend den oben angegebenen Parteien mitgeteilt werden.

Die Verantwortlichen handeln gemäß den Modalitäten und Bedingungen, die in Artikel 300 des geänderten Gesetzes vom 07.12.2015 über den Versicherungssektor im Hinblick auf die berufliche Schweigepflicht im Versicherungsbereich ausgeführt werden.

Die betroffene Person hat das Recht, vom Verantwortlichen Zugang zu ihren personenbezogenen Daten, die Berichtigung oder Löschung dieser Daten oder eine Beschränkung ihrer Verarbeitung zu verlangen. Sie hat zudem das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Übertragbarkeit der Daten.

Der/die mögliche(n) Versicherungsnehmer billigt/billigen, dass der Verantwortliche das Recht hat, die Richtigkeit aller gemachten Angaben zu überprüfen und er weiß (sie wissen), dass der Verantwortliche zu diesem Zweck und zur Erläuterung der Angaben die Vorlage aller von ihm für notwendig erachteten Unterlagen verlangen kann.

Der Verantwortliche kann automatisierte Entscheidungsfindungssysteme als Hilfe nutzen, etwa bei Kontrollen zur Verhinderung des Betrugsrisikos. Er kann solche Verfahren nutzen, um festzustellen, ob die Geschäftsbeziehung mit einem Kunden oder ein Vertrag mit einem Betrugsrisiko verbunden ist. Dementsprechend kann der Verantwortliche zusätzliche Nachweise verlangen und er ist berechtigt, den Abschluss der Versicherung abzulehnen. Bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, die ein menschliches Eingreifen erfordert, wendet der Verantwortliche keine Verarbeitung an, die in einer automatisierten Bewertung basierend auf persönlichen Aspekten beruht, und alle Entscheidungen werden nicht automatisiert getroffen. Für gezielte Marketingkampagnen werden Daten personalisiert, wobei dies keine Entscheidung erfordert, und die betroffenen Personen sind hierdurch dem Verantwortlichen gegenüber in keiner Weise verpflichtet. Kommt es zu keinem Vertragsabschluss, können die Daten für die Dauer von drei Jahren, gerechnet ab deren Erhebung durch den Verantwortlichen oder ab dem letzten vom potenziellen Kunden ausgehenden Kontakt aufbewahrt werden. Ansonsten ist die Dauer der Datenaufbewahrung beschränkt auf die Dauer der Verarbeitung der Daten und die sich daran anschließende Zeitspanne, während der die Daten aufbewahrt werden müssen, damit der Verantwortliche seine Pflichten nach Maßgabe der Verjährungsfristen oder in Anwendung anderer gesetzlicher Bestimmungen erfüllen kann.

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der mögliche (bestätigen die möglichen) Versicherungsnehmer, dass er/sie alle Punkte wahrheitsgemäß beantwortet hat/haben. Er übernimmt (sie übernehmen) die Verantwortung für die von ihm/ihnen unterzeichneten Erklärungen auch dann, wenn der Antrag von einem Versicherungsvermittler oder einem Mitarbeiter von DKV ausgefüllt wurde.

### 3. Sonstiges...

Für alle Auskünfte oder für alle anderen Fragen kann sich der mögliche (können sich die möglichen) Versicherungsnehmer an den Kundenbereich yourDKV wenden oder die Hotline unter der Nummer (+352) 42 64 64-1 anrufen.

Der mögliche (die möglichen) Versicherungsnehmer erklärt/erklären sich damit einverstanden, Informationen über die Produkte/Leistungen der LALUX-Gruppe elektronisch zu erhalten, wenn dieses Informations- und Beratungsblatt nicht in ein Versicherungsverhältnis münden sollte:

Ja  Nein

Sie bestätigen, dass die Fragen im Informations- und Beratungsblatt klar und verständlich sind, und dass die in diesem Blatt enthaltenen Antworten und Aussagen wahr, genau und vollständig sind.

Sie bestätigen, dass das Informations- und Beratungsblatt von einem Versicherungsvermittler oder einem Angestellten von lalux entsprechend dem von Ihnen geäußerten Bedarf und den von Ihnen geäußerten Anforderungen auf der Grundlage der Sicht ausgefüllt wurde, die Ihr Vermittler und/oder, im Falle des Vertriebs ohne Heranziehung eines Vermittlers, die Versicherungsgesellschaft von Ihrer gegenwärtigen Situation gewonnen hat bzw. haben. Sie verstehen auch, dass die erteilten Ratschläge sich ändern können, wenn sich Ihre Situation, Ihre Anforderungen und Ihr Bedarf ändern und dass es in Ihrem Interesse ist, uns über jedwede Änderung zu informieren, die möglicherweise Ihre Situation, Ihre Anforderungen oder Ihren Bedarf betrifft.

Erstellt in \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_.

Unterschrift des möglichen Versicherungsnehmers (der möglichen Versicherungsnehmer)