

Antrag auf

- ◀ Private Krankenversicherung
- ◀ Pflegepflichtversicherung
- ◀ clinic A und clinic U
- ◀ Düsseldorfer Pflegegeld



Gültig für folgende Gesellschaften:

Allianz	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	R+V Krankenversicherung AG
Private Krankenversicherungs-AG	GOTHAER Krankenversicherung AG	SIGNAL IDUNA
ARAG Krankenversicherungs-AG	Hallesche Krankenversicherung a. G.	Krankenversicherung a. G.
AXA Krankenversicherung AG	HanseMercur Krankenversicherung AG	Union Krankenversicherung AG
Barmenia Krankenversicherung a. G.	Inter Krankenversicherung AG	uniVersa Krankenversicherung a. G.
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Münchener Verein	vigo Krankenversicherung VVaG
Continental Krankenversicherung a. G.	Krankenversicherung a. G	Württembergische
DBV Deutsche Beamtenversicherung	NÜRNBERGER	Krankenversicherung AG
Krankenversicherung	Krankenversicherung AG	

Gesundheitszustand der VP

Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers. Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten.

WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die Ihnen gesondert ausgehändigten Erläuterungen des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Seite 7). Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer im Abschnitt „Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12“ genaue Angaben zu machen.

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht (nähere Erläuterung siehe Seite 8 unter „Hinweise zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)“).

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich der Versicherung innerhalb einer Frist von 3 Tagen ab Antragstellung.

1. Körpergröße und Gewicht
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (bei Württembergische die letzten 10 Jahre, auch Hilfsmittelversorgung)
3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Württembergische die letzten 5 Jahre; bei Allianz, DKV, HanseMerkur und SIGNAL IDUNA für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre)
4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 6 Jahre; bei HALLESCHER, R+V und Württembergische die letzten 10 Jahre)
5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei Continentale und SIGNAL IDUNA: einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK, HALLESCHER, Inter, Nürnberger, R+V, SIGNAL IDUNA, UKV, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre)
6. Besteht eine Fehlsichtigkeit?
Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)? (nicht erforderlich bei Allianz, HanseMerkur, R+V und Württembergische)
7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL IDUNA ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulante) die letzten 3 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur)
8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) (nur bei BK, Gothaer und UKV) Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?
- 9.1 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder Alkohol eingenommen? (bei HanseMerkur und R+V unbegrenzt; bei Württembergische nur Arzneimittel die letzten 2 Jahre)
- 9.2 Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei R+V, SIGNAL IDUNA, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre; nicht erforderlich bei HanseMerkur)
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen? (nur bei Allianz und Continentale: Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?)
11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? (nur zu beantworten bei BK, Münchener Verein und UKV die letzten 5 Jahre)
- 12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa; bei BK u. UKV: auch Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind)
- 12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen? Oder besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?
- 12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, HALLESCHER, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-2 und SIGNAL IDUNA älter 5 Jahre; bei BK u. UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre und nur für Personen älter 18 J.; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz, bei BK, Inter u. UKV auch herausnehmbarer Zahnersatz sowie Inlays/Onlays; bei SIGNAL IDUNA ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben; bei Württembergische zählen Zähne, die durch Prothesen (herausnehmbar) ersetzt sind, als fehlende Zähne)
- 12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)? (nicht erforderlich bei Allianz und Württembergische; bei Continentale nur für Personen älter 18 J.)
- 12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben? (nur bei Münchener Verein zu beantworten, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben)

Person 1	Person 2
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> keine <input type="text" value="Anzahl"/>	<input type="checkbox"/> keine <input type="text" value="Anzahl"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text" value="ersetzt"/> <input type="text" value="überkr."/>	<input type="text" value="ersetzt"/> <input type="text" value="überkr."/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen (2-12), es liegen diesem Antrag zusätzliche Blätter für weitere Angaben bei. Anzahl:

Klick auf das Icon rechts führt zum Zusatzblatt Detailfragen



Versicherungsnehmer

Datum

Risikozuschläge

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden	RZ für Person	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ in €	RZ wegen Diagnose
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt und Zahnarzt

(Bei Tarifen mit freier Arztwahl ist die Angabe eines Hausarztes nicht notwendig, Ausnahme: Württembergische)

Person 1		Person 2	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige	Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige
Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>	Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>
Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>	Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>
Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift	<input type="text"/>	Name und Anschrift	<input type="text"/>

Krankentagegeld und Einkommen

Höhe der durchschnittlichen mtl. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate (z. B. nicht selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)

Person 1		Person 2	
brutto €	netto €	brutto €	netto €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tage	Wochen	Tage	Wochen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dauer der Gehaltsfortzahlung (Tage/Wochen)

Sind Sie als geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, oHG etc. am Stammkapital zu mindestens 50% beteiligt? nein ja

Das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldversicherern) übersteigt nicht das zu versichernde Nettoeinkommen der letzten 12 Monate und die gewählte Karenzzeit ist nicht kürzer als die Dauer des Anspruchs aus der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Neugeschäftskonditionen nach § 110 Abs. 3 SGB XI; **Altbestandskonditionen** nach § 110 Abs. 1 und 2 SGB XI; Für die Beitragsberechnungen gelten: **Neugeschäftskonditionen** (= neu) oder **Altbestandskonditionen** (= alt)

Person 1	Person 2
<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Übersteigt das regelmäßige monatliche Einkommen* die Grenze für die Familienversicherung**?

Bei Ehepaaren:*** Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung für den nachfolgenden Ehegatten:

Name, Vorname des Ehegatten	<input type="text"/>	Pflegepflichtversicherung des Ehegatten*** bei Gesellschaft:	<input type="text"/>	Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaftsversicherung.
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

Bei Kindern: Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der privaten Pflegepflichtversicherung für Person 1 Person 2 und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI (Details zu den Voraussetzungen auf Seite 8) erfüllt sind. Der nachgenannte Elternteil ist privat pflegepflichtversichert (nicht als Anwartschaft).

Name, Vorname	<input type="text"/>	bei	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
---------------	----------------------	-----	----------------------	------	----------------------

Gleichzeitig bestätige ich, dass das monatl. Gesamteinkommen* des oben aufgeführten Ehegatten, bzw. Lebenspartner, bzw. Kind nicht regelmäßig über der Grenze für die Familienversicherung** liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers, entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich Beiträge nachentrichten. Ein Nachweis über das anderwertige Bestehen einer Pflegepflichtversicherung folgt.

* Als Gesamteinkommen (Definition siehe Schlusserklärung) gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). ** 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Betrag bitte erfragen (in 2019: 445 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 8a SGB IV nicht mehr als 450 EUR. *** Ebenfalls Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

Vorversicherung

Der Antragsteller ist verpflichtet, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da die Angaben bei der Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung vom Vorversicherer und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben des Antragstellers oder der Versicherten benötigt werden. Hinsichtlich der Verifizierung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung mit dem Vorversicherer erforderlich sein.

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung, eine Versicherung für den Pflegefall, ein KT, Kurtagegeld oder KHT? Wurde in den letzten 5 Jahren eine solche beantragt, abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt? (bei DKV, Gothaer, Inter u. Württembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre)

Der Vorversicherungsnachweis wird vom Versicherungsnehmer/Antragsteller nachgereicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der beantragte Versicherer hinsichtlich meiner Angabe vor Antragsannahme oder im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

	GKV/ PKV	Versicherer bzw. Kasse	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Abgelehnt am	Vertrag ruhend gestellt seit	Gekündigt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Besteht weiterhin parallel ein Kranken-, Krankenhaus-, Kur-, Pflegegeld?
VP 1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art
VP 2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art

VN Bitte geben Sie zusätzlich an, falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, ob der VN derzeit Beitragsrückstände bei einem Krankenversicherer hat.

Eine Übertragungswertbescheinigung bei Wechsel von PKV zu PKV nein ja habe ich beigefügt reiche ich nach

Wartezeiterlass

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, falls nachstehend nichts anderes beantragt und vom Versicherer bestätigt wird.

Person 1	Person 2
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für die Wartezeiten beantrage ich die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung. Den Vorversicherungsnachweis der Krankenversicherung reiche ich nach.

Durch eine ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung, deren Kosten ich trage, beantrage ich nur für die Krankenversicherung und soweit die Tarifbedingungen dies vorsehen, den bedingungsgemäßen Erlass der allgemeinen und ggf. der besonderen Wartezeiten. Dieser Antrag gilt als auf den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten gerichtet, wenn der Untersuchungsbefund auf einem Vordruck des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen (BK, HALLESCHER und UKV: nicht innerhalb von 21 Tagen, Continentale u. Gothaer: nicht innerhalb von 28 Tagen, uniVersa: nicht innerhalb von 1 Monat) nach Antragstellung beim Versicherer eingegangen ist.

Düsseldorfer Pflegegeld

Antrag zur Pflegetagegeldversicherung Düsseldorfer Pflegegeld der vigo Krankenversicherung VVaG. Aufnahmefähig sind Personen ab 12 Jahren.

Pflegetagegeld in EUR pro Tag	Person 1					Person 2				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Optionale Tarifbausteine	<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) €					<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) €				
monatlicher Gesamtbeitrag	€					€				
Beitragsbefreiung ab Pflegegrad (erfolgt ab zweitkleinstem versicherten Pflegegrad)	<input type="text"/>					<input type="text"/>				

Hinweise Es müssen mindestens die Pflegegrade 4 und 5 versichert werden. Das Pflegetagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 darf das versicherte Pflegetagegeld für den jeweils nächst höheren Pflegegrad nicht überschreiten. Abschließbar sind für die Pflegetagegelder das Vielfache von 5 EUR, die Mindestabsicherung beträgt 10 EUR Pflegetagegeld. Bei einer Einmalleistung ist das Vielfache von 500 EUR (bis max. 5.000 EUR) ab Pflegegrad 3 abschließbar (sofern versichert).

Versicherungsnehmer

Datum

Besondere

Vereinbarungen

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, sofern die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Zahlungsweise

Zahlungsweise (bei Allianz und R+V nur monatliche Zahlungsweise möglich) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Steuer-

Identifikations-

nummer
Nur relevant für
Krankenversicherung

VN
Mit der Übermittlung der Daten an die Finanzbehörden bin ich einverstanden. ja nein

Person 1

Person 2

Steuer-Identifikations-
Nummer (11-stellig)

Siehe auch Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge auf Seite 6 dieses Antrags.

Beratungs-

dokumentation

erstellt und ausgehändigt nicht erstellt, da Antragsteller durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Beratung bzw. auf deren Dokumentation verzichtet hat

Empfangs-

bestätigung

Empfangsbestätigung: Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; (bei AXA und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und nur bei HanseMerkur: Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person; bei Württembergische: Zusätzlich Individuelle Vertragsinformationen) und weitere Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG), das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten (für HALLESCHER: Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung) sowie die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

(nur bei HanseMerkur)

Druckstücknummer/Tarif und Stand:

Den Empfang der genannten Unterlagen bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers, der gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen

Erklärungen

und Hinweise

Erklärungen zum Beginn des Versicherungsschutzes: Sofern der von mir beantragte Versicherungs-/Tarifbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsrecht), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz bedingungsgemäß vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor Ablauf der ggf. geltenden Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

Schlussklärung:

Die im Antrag gemachten Angaben und gestellten Fragen wurden nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bei den geforderten Angaben und gestellten Fragen im Antrag handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers.

Dieser Antrag besteht aus den Seiten 1 bis 8 sowie dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen. Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vollständigen „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“ auf Seite 6 und 7 (nebenstehend in den Einwilligungstatbeständen dargestellt), die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ und die „Widerrufsbelehrung“ auf der Seite 7 sowie die weiteren auf Seite 8 abgedruckten „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“.

Die Hinweise und Erklärungen werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein, bzw. gebe ich zu folgenden Sachverhalten die umseitigen Erklärungen ab.

- 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer; 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten; 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht; 2.2 Erklärung für den Fall des Todes; 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers; 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung; 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen); 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen; 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler; 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf Seite 6

Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Ferner willige ich in die „Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge“, die „Erklärung zur Nutzung der Steueridentifikationsnummer des Antragstellers“, die „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“ sowie in die „Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Serviceanbieter betreffend“ ein (siehe Seiten 6 und 7).

Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich die auf den nächsten Seiten abgedruckten und von mir mit meiner Unterschrift abgegebenen Erklärungen zur Kenntnis genommen habe. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Unterschrift(en) Antrag

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Unterschrift (Vermittler)

Unterschrift des Antragsvermittlers

Unterschrift(en) Datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Vermittlernummer (intern)

Vor- und Zuname des Antragsvermittlers (in Blockschrift)

Vermittelt durch

insuro Maklerservice GmbH

Bonner Str. 271
50968 Köln
Telefon (0221) 430 966-0 E-Mail info@insuro.de
Telefax (0221) 430 966-22 Internet www.insuro.de
Geschäftsführer: Jan Dinner, Melissa Knie
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 76589
Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Köln unter Reg.-Nr. D-JHQW-EKXCM-66

blau direkt GmbH & Co. KG

Kaninchenborn 31
23560 Lübeck
Telefon (0451) 87 20 11 51 E-Mail info@blaudirekt.de
Telefax (0451) 87 20 12 51 Internet www.blaudirekt.de
Geschäftsführung: blau direkt GmbH
Geschäftsführung GmbH: Lars Drückhammer, Oliver Pradetto
Sitz der Gesellschaft: Lübeck
Handelsregister: Amtsgericht Lübeck HRA 3826
Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Lübeck unter Reg.-Nr. D-VSBU-3SFV4-96

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Die abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Seite 8 genannte Versicherer, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindungen ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- und IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter den auf Seite 8 genannten Adressen des jeweiligen Versicherers zu widerrufen. Die Versicherer weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten – durch den beantragten Versicherer (und die dem Konzern zugehörigen Gesellschaften) selbst (unter 1.)

– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)

– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.)

– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen (wie z. B. für 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 den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen, z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufers ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(Unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2 nur bei Allianz, und Inter möglich; bei AXA/DBV, Continentale, HALLESCH und SIGNAL IDUNA nur Möglichkeit 2 (Einzelfall) möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag)

Möglichkeit 1:

VP1 VP2 **Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungspflicht erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit 2:

VP1 VP2 **Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich – in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige – oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie in der Unfallversicherung für einen Zeitraum von fünf Jahren und in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nicht für Allianz, Gothaer und SIGNAL IDUNA)

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf der Versicherer einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(nur bei Beantragung Inter sind unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2 möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag; bei BK/UKV, HALLESCH und Nürnberger ist nur die Möglichkeit 1 auswählbar; bei AXA/DBV und Continentale ist nur die Möglichkeit 2 auswählbar)

Möglichkeit 1:

VP1 VP2 Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1)

Möglichkeit 2:

VP1 VP2 Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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, führt der

Versicherer nicht selbst durch. Insoweit hat der Versicherer diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Versicherungsgruppe übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für den Versicherer und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragsstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet beim jeweiligen Versicherer eingesehen oder dort angefordert werden (Kontaktadressen bzw. Internetadresse siehe Seite 8). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen vom Versicherer beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer (gilt nicht für Allianz und HanseMerkur)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer 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 den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen.

Die Sie betreuenden Vermittler können – falls erforderlich – zu vertragsbezogenen Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) 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 für bestimmte Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an die für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden beim dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

Weitere wichtige Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt der Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Verhaltensregeln können Sie in der jeweils gültigen Fassung auf der Homepage der Gesellschaft nachlesen (Adresse siehe Seite 8).

Auf Wunsch sendet Ihnen der Versicherer einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus zu. Bitte wenden Sie sich dafür an die auf Seite 8 angegebene Post- oder E-Mailadresse des Versicherers.

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ (Allianz: Information zur Verwendung Ihrer Daten; BK/UKV u. R+V: Merkblatt zur Datenverarbeitung; HALLESCH: Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung; Continentale und HanseMerkur: Datenschutzhinweise).

Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlichen abzugsfähigen substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der jeweiligen Krankenversicherung den Finanzbehörden (über die Deutsche Rentenversicherung Bund) übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der substitutiven Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauche mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ich willige ferner ein, dass die jeweilige Krankenversicherung zu diesem Zweck meine Identifikationsnummer nach § 139b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf.

(gilt nicht für BK/UKV) **Mit meiner Unterschrift bekenne ich**, dass sich von eventuell weiteren zu versichernden Personen bevollmächtigt bin, die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) an den Versicherer zum Zwecke der Übermittlung an die Finanzbehörden weiterzugeben.

Erklärung zur Nutzung der Steueridentifikationsnummer des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass meine Steueridentifikationsnummer von dem Versicherer, der mich um die Mitteilung der Steueridentifikationsnummer gebeten hat, auch für weitere bei ihm bestehende Verträge gespeichert wird, aus denen sich eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Übermittlung meiner Steueridentifikationsnummer an die Finanzverwaltung oder die zentrale Stelle (§ 81 EStG) ergibt.

Einwilligung in die Bonitätsauskunft (gilt für alle Versicherten (außer Würzburger); bei Allianz, ARAG, Barmenia, BK/UKV, Continentale, DKV, Gothaer, HALLESCHER, HanseMerkur, Inter, Nürnberger und UniVersa: nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenversicherung)

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt (wie z. B. Infoscore, Creditreform, Schufa).

Welcher Versicherer welche Auskunfteien nutzt, erfahren Sie bei den Geschäftsangaben auf der Seite 8. Dabei können die Auskunfteien dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden der vollständige Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

Unabhängig davon ist der Versicherer nach § 28a Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien (z. B. Schufa Holding AG) zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist (gilt nicht für HALLESCHER und SIGNAL IDUNA).

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

Folgende Einwilligung gilt nur bei Beantragung der AXA/DBV und HALLESCHER:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung während der ersten fünf Jahre zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen sowie zur Überprüfung und Verbesserung der Annahmerichtlinien verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten in eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für den jeweiligen Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Der Versicherer weist ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung der Continentale:

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der SCHUFA und Infoscore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Krankenversicherung a. G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsauskunft benötigt der Versicherer die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie die nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und KV Werk GmbH

Einwilligung an den Vermittler (selbstständiger Versicherungsmakler)

Die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG arbeitet mit selbstständigen Versicherungsmaklern zusammen, die Verträge vermitteln und bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge mitwirken. Teilweise erfolgt die Kommunikation des für Ihren Vertrag als Vertragspartner zuständigen Versicherers direkt über den Vermittler. Damit der Versicherer auch Ihrem Vermittler Angaben zu Ihrer Person, insbesondere Angaben zu Ihrer Gesundheit (z. B. Annahme von Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken) und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten übermitteln darf, ist Ihre Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht notwendig.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (gilt nicht für SIGNAL IDUNA) nicht nur an die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG, sondern auch an meinen zuständigen Berater übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, wenn dies zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen von der Schweigepflicht gegenüber meinem Berater.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass mein zuständiger Berater meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Einwilligung an die KV Werk GmbH

Die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG wird bei der Angebotserstellung, Antragsabwicklung und Verwaltung der Versicherungsverträge durch die KV Werk GmbH unterstützt. Hierfür benötigt die KV Werk GmbH Informationen zu den vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre personenbezogenen Daten sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für die Weitergabe dieser Daten von insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG, vom Versicherer und von Ihrem zuständigen Berater an die KV Werk GmbH wird Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigt.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG und mein zuständiger Berater Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (gilt nicht für SIGNAL IDUNA) an die KV Werk GmbH übermitteln und die Daten von dieser verarbeitet werden dürfen, wenn diese zu den oben genannten Zwecken erforderlich sind. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen, die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG und den für mich zuständigen Berater von der Schweigepflicht gegenüber der KV Werk GmbH.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass die KV Werk GmbH meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer, die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG und meinen Berater übermitteln darf und die Daten von diesen verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht nach § 8 VVG

Sie können Ihre Vertragserklärung zu einer Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung innerhalb von 14 Tagen (bei DKV Kranken- und Pflegeversicherung innerhalb von 30 Tagen), ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch – soweit der Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr geschlossen – nicht vor Erfüllung der Pflichten gemäß § 312g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die entsprechende Gesellschaft zu richten. Anschriften finden Sie dazu auf Seite 8.

Widerrufsfolgen nach § 9 VVG

Im Falle eines wirksamen Widerrufs für die Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung endet der Versicherungsschutz und die jeweilige Versicherungsgesellschaft erstattet Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die jeweilige Versicherungsgesellschaft in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammen-

hängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung.

Ihre personenbezogenen Daten können ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für die eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Versicherers und dessen Kooperationspartnern sowie zur Markt- und Meinungsforschung des Versicherers verwendet werden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Der Widerspruch ist z. B. per Brief, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an den Versicherer.

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person für die private Kranken-, Pflegepflicht- und Unfallversicherung

Selbstständigkeit der Verträge

Die auf Grundlage dieses Antrages geschlossenen Verträge in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung, Krankentagegeldversicherung, ergänzende Pflegekrankenversicherung, Pflegepflichtversicherung und Unfallversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge.

Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieses Antrages wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der auszustellende Versicherungsschein, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen in der Kranken- und Pflegepflichtversicherung in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und den Tarif- und Informationsblättern.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die zu den beantragten Tarifen geltenden Tarifbestimmungen, die Vertragsinformationen und Informationsblätter zu Versicherungsprodukten müssen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein zugegangen ist oder der Versicherer in Textform eine Annahme erklärt. Das Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir als Versicherer (nachfolgend der Versicherer genannt) Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten Fragen in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen.

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 der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, 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, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers

(mit-)ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Ferner ist bei den Gesellschaften Allianz, ARAG, BK, Continentale, DKV, MV, R+V und UKV ein Kündigungsrecht bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ausgeschlossen. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Dies gilt auch, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, handelt. Die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es gilt weiterhin: sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird Sie der Versicherer in der Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte des Versicherers hat dieser die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Hinweise und Erklärungen:

Hinweise zum GenDiagnostikGesetz (GenDG)

Die Krankenversicherer weisen darauf hin, dass sie den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

Bitte senden Sie den Krankenversicherern keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen den Krankenversicherern jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

Mitversicherung von Kindern

Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sind beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
 - nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind,
 - keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben, IV) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 - kein Gesamteinkommen* haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – im Jahr 2019 monatlich 445 EUR – überschreitet**;
- bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte auf Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des zweiten Satzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte (Minijob) nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen* 450 EUR.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienstleistung; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes,
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches – SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten: Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war. Entsprechende Nachweise – wie Schulbescheinigungen, Uni- Bescheinigungen, Dienstbescheinigungen usw. – sind ggf. einzureichen.

*Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter (auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob), Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb. Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngehalt, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

**Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen Sie Ihren Berater.

Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung für Ehepartner

Bei Ehegatten*** kann eine Begrenzung des für beide insgesamt zu zahlenden Beitrages auf 150 % der Höchstbeiträge zur sozialen Pflegepflichtversicherung unter folgenden Voraussetzungen zum Zuge kommen:

- beide Ehepartner*** sind privat pflegepflichtversichert und
- mindestens für einen Ehepartner*** besteht seit dem 1.1.1995 ununterbrochen eine private Pflegepflichtversicherung und
- das Gesamteinkommen eines Ehepartners*** übersteigt nicht 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2019 = 445 EUR monatlich). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR.

*** Entsprechendes gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften bzw. eingetragene Lebenspartner.

WEITERE HINWEISE

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen, auch bei Unternehmen der private Krankenversicherung, ist im Allgemeinen unerwünscht und für den/die Versicherungsnehmer/-in unzweckmäßig. Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; www.pkv-ombudsmann.de

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; www.versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; www.bafin.de

Ancrisften der Auskunfteien der Versicherungsunternehmen

Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstr. 30, 10317 Berlin

Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln

Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr. 12, 41460 Neuss

Anschrit und Rechtsform der Versicherungsunternehmen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München; Telefax: 0800 / 4 40 01 03; E-Mail: krankenversicherung@allianz.de; Vorstand: Nina Klingspor (Vors.), Daniel Bahr, Katja de la Viña, Dr. Jan Esser, Dr. Thomas Wiesemann; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus-Peter Röhler; Amtsgericht München, HRB 2212; USt-ID-Nr.: DE811239569; www.allianz.de/datenschutz; Nutzung Auskunftei: SCHUFA

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München; Telefax: 089 / 41 24 95 25; E-Mail: service@arag.de; Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Roland Schäfer, Dr. Werenfried Wendler; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender; Amtsgericht München, HRB 69751; USt-ID-Nr.: DE 811322452; www.arag.de/datenschutzerklaerung Nutzung Auskunftei: Infocore

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln; Telefax: 0221 / 14 84 19 14; E-Mail: service@axa.de; Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Dr. Klaus Endres, Dr. Nils Kaschner, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679; www.axa.de Nutzung Auskunftei: SCHUFA, Creditreform Köln

Barmenia Krankenversicherung a. G.

Barmenia-Allee 1, 42094 Wuppertal; Telefax: 0202 / 4 38 28 46; E-Mail: info@barmenia.de; Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder, Kai Völker; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann; Amtsgericht Wuppertal, HRB 3871; USt-ID-Nr.: DE 121102508; www.datenschutz.barmenia.de Nutzung Auskunftei: Infocore

Bayerische Beamtinnenkrankenkasse AG (BK)

Maximilianstraße 53, 81537 München; Telefax: 0 89 / 21 60-80 01; Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vors.), Manuela Kiechle, Andreas Kolb; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Robert Heene; HRB 111650; www.vkb.de/web/html/pk/ihre_vkb/unternehmen/konzern/dienstleister Nutzung Auskunftei: Infocore

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 9 19 32 55; E-Mail: info@continentale.de; Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vors.), Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve; Aufsichtsratsvorsitzender: Rolf Bauer; Amtsgericht Dortmund, HRB 2271; USt-ID-Nr.: DE 124906368; www.continentale.de/dienstleisterliste Nutzung Auskunftei: Infocore, SCHUFA

DBV Deutsche Beamtinnenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG; Gustav-Stresemann-Ring 12-16, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65170 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 3 63 65 65; E-Mail: info@dbv.de; Vorstand: Dr. Alexander Volpert (Vors.), Dr. Klaus Endres, Dr. Nils Kaschner, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679; Nutzung Auskunftei: SCHUFA, Creditreform Köln

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Str. 300, 50933 Köln; weitere Postanschrift: Stresemannstr. 111, 10963 Berlin; Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vors.), Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka, Mark Lammerskitten, Christian Molt, Dr. Sebastian Rapsch; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Markus Riel; Amtsgericht Köln, HRB 570; www.ergo.de/de/Service/Service/Rechtliche_Hinweise Nutzung Auskunftei: Infocore, SCHUFA

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldplatz 1, 50969 Köln; Telefax: 0221 / 30 81 03; E-Mail: info@gothaer.de; Vorstand: Oliver Schoeller (Vors.), Oliver Brüß, Dr. Mathias Böhning-Uhle, Dr. Karsten Eichmann, Harald Ingo Epplé; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg; Amtsgericht Köln, HRB 35505; USt-ID-Nr.: DE122786611; www.gothaer.de/datenschutz Nutzung Auskunftei: SCHUFA

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart; Telefax: 0711 / 6 60 33 33; E-Mail: service@hallesche.de; Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum; Frank Kettner, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek (stv.); Aufsichtsratsvorsitzender: Wolfgang Stertenbrink; Amtsgericht Stuttgart, HRB 2686; USt-ID-Nr.: DE 147802285; www.hallesche.de/dienstleisterliste Nutzung Auskunftei: SCHUFA

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg; Telefax: 040 / 41 19 32 57; E-Mail: info@hansemurkur.de; Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehses, Dr. Andreas Gent, Raik Mildner; Aufsichtsratsvorsitzender: Fritz Horst Melsheimer; Amtsgericht Hamburg, HRB 101967; USt-ID-Nr.: DE259608010; www.hansemurkur.de/web/guest/service/datenschutz/uebersicht_dienstleister Nutzung Auskunftei: SCHUFA

Inter Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; Telefax: 0621 / 42 79 44; E-Mail: info@inter.de; Vorstand: Dr. Michael Solf (Sprecher), Matthias Kreibich, Michael Schillinger, Roberto Svenda; Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas; Amtsgericht Mannheim, HRB 723887; USt-ID-Nr.: DE 167724895; Nutzung Auskunftei: Infocore

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Pettenkofer Straße 19, 80336 München; Telefax: 089 / 51 52 15 01; E-Mail: info@muenchener-verein.de; Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar; Aufsichtsratsvorsitzender: Franz Xaver Peteranderl; Amtsgericht München, HRB 764; USt-ID-Nr.: DE 129273592; www.muenchener-verein.de Nutzung Auskunftei: Infocore

Nürnberger Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg; Telefax: 0911 / 5 31 32 06; E-Mail: info@nuernberger.de; Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Fritz Schmidt; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Armin Zitzmann; Amtsgericht Nürnberg, HRB 10668; USt-ID-Nr.: DE 81 14 61 880; <http://www.nuernberger.de/datenschutz> Nutzung Auskunftei: Infocore, Verband der Vereine Creditreform

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 5 33 56 84; E-Mail: gesundheit@ruv.de; Vorstand: Claudia Andersch (Vors.), Nina Henschel, Dr. Mathias Ising, Ulrike Taube; Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger; Amtsgericht Wiesbaden, HRB 7094; USt-ID-Nr.: DE 114106943; www.bdsgruv.de Nutzung Auskunftei: Infocore

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 1 35 46 38; E-Mail: info@signal-iduna.de; Vorstand: Ulrich Leitermann (Vors.), Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierrh, Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter; Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte; Amtsgericht Dortmund, HRB 2405; USt-ID-Nr.: DE 124906350; www.signal-iduna.de/dienstleisterliste Nutzung Auskunftei: Infocore, Creditsafe

Union Krankenversicherung AG (UKV)

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken; Telefax: 0681 / 8 44 25 09; E-Mail: service@ukv.de; Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vors.), Manuela Kiechle, Andreas Kolb; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Frank Walthes; Registergericht Saarbrücken, HRB 7184; USt-ID-Nr.: DE 138118055; www.vkb.de/web/html/pk/ihre_vkb/unternehmen/konzern/dienstleister Nutzung Auskunftei: Infocore

uniVersa Krankenversicherung a. G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg; Telefax 0911 / 53 07 17 88; E-Mail: info@universa.de; Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler; Registergericht Nürnberg, HRB 540; USt-ID-Nr.: DE 133500930; www.universa.de/datenschutz Nutzung Auskunftei: Infocore

vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf; Telefax: 0211 / 35 59 00 20; E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de; Vorstand: Dieter Turowski (Vors.), Willi Tiltmann, Micha Hildebrandt, Stefan Schumacher, Aufsichtsratsvorsitzender: Hans Siebels; Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160; www.vigo-krankenversicherung.de/Content/datenschutz

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart; Telefax: 0711 / 662 723380; E-Mail: kranken.vertragservice@wuerttembergische.de; Vorstand: Norbert Heinen, Dr. Gerd Sautter; Aufsichtsratsvorsitzende: Marlies Wiest-Jetter; Amtsgericht Stuttgart, HRB 19456; USt-ID-Nr.: DE 813262372; www.wuerttembergische.de/de/datenschutz/datenschutz Nutzung Auskunftei: Infocore, SCHUFA



KV Werk GmbH

Bonner Str. 271
50968 Köln

Telefon (0221) 430 966 - 0 E-Mail info@kvwerk.de
Telefax (0221) 430 966 - 22 Internet www.kvwerk.de

Geschäftsführer: Jan Dinner; Sitz der Gesellschaft: Köln; Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 89528
Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Köln unter Reg.-Nr. D-YBTV-AMZSF-76

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

zum Antrag vom

Ich ermächtige die angekreuzten Zahlungsempfänger, Zahlungen (*Für die Allianz gilt: Insbesondere auch für Zinsen, Gebühren*) für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen (*für die AXA gilt: Sofern gewünscht, kann dieses Mandat für weitere Verträge des Zahlungspflichtigen im Hause der AXA genutzt werden*). Zugleich **weise ich** mein Geldinstitut **an**, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens fünf (*bei BK und UKV drei, bei Continentale, SIGNAL IDUNA und Würzburger einen*) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

Versicherungsnehmer (VN)

Wichtig: Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname
(bzw. Firma)

Kontoinhaber

Name, Vorname
(bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße,
Hausnummer

PLZ, Ort

- Kontoinhaber ist gleichzeitig Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller
 Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller
Als abweichender Beitragszahler bestätige ich als Kontoinhaber, die Datenschutzhinweise des Versicherers erhalten zu haben.

Bankverbindung

Geldinstitut

IBAN

BIC

(nicht erforderlich bei Geldinstituten mit Ländercode DE)

Zahlungsweise

Zahlungsweise (*bei Allianz nur monatliche Zahlungsweise möglich*) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlungsempfänger

Bitte zutreffende Gesellschaft ankreuzen (*bei Beantragung mehrerer Gesellschaften müssen jeweils einzelne SEPA-Mandate ausgestellt werden*).

Zahlungsempfänger und Gläubiger-Identifikationsnummer

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
DE40ZZZ00000063851

ARAG Krankenversicherungs-AG
DE70ZZZ00000009476

AXA Konzern AG
DE23ZZZ00000066097

Barmenia Krankenversicherung a. G.
DE82ZZZ00000010327

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK000000156985

Continentale Krankenversicherung a. G.
DE95ZZZ00000053646

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
DE95ZZZ00000012130

Gothaer Krankenversicherung AG
DE52ZZZ00000070522

HALLESCHE Krankenversicherungs a. G.
DE89ZZZ00000031444

**HanseMercur Versicherungen (GbR)
zugunsten der
HanseMercur Krankenversicherung AG**
DE74ZZZ00000066149

INTER Krankenversicherung AG
DE84ZZZ00001899172

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
DE76ZZZ00000035752

NÜRNBERGER Krankenversicherungs AG
DE14ZZZ00000057335

R+V Krankenversicherung AG
DE1500800000136566

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
DE81ZZZ00000103174

Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

**uniVersa Lebensversicherung a. G.
im Namen und auf Rechnung der
uniVersa Krankenversicherung a. G.**
DE16ZZZ00000102598

Württembergische Krankenversicherung AG
DE81ZZZ00000052734

vigo Krankenversicherung VVaG
DE19ZZZ00000294410

Die Adresse des jeweiligen Zahlungsempfängers entnehmen Sie der Seite 8 des Antrages.

Unterschrift Kontoinhaber

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab Gültigkeitsbeginn:

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift)

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12 – Zusatzblatt

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	



Klick auf das Icon führt zurück zu den Detailfragen (Seite 3)

Nur bei

AXA ActiveMe

Für AXA ActiveMe verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-Mail <input style="width: 90%;" type="text"/>
Identifikation für unsere Portale <input type="checkbox"/> Personalausweis (deutsch) <input type="checkbox"/> Reisepass (deutsch) <input type="checkbox"/> Sonstiges (für Ausweisnummer ausländischer Kunden)	Digitale Kommunikation: Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.
Ausweisnummer <input style="width: 80%;" type="text"/>	Gültig bis (Tag/Monat/Jahr) <input style="width: 15%;" type="text"/>
Ausstellende Behörde <input style="width: 90%;" type="text"/>	

Unterschrift(en)

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, unterschrieben werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en)