



Antrag auf Krankenversicherung - Musterantrag -

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen unmittelbar den Versicherungsschein oder vorab eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.



Hinweise für die Antragsaufnahme

Bitte tragen Sie hier den Zugangsweg (ZUW) ein, z.B. dbb

Vermittlerangaben
Bei fehlender oder unvollständiger Angabe verzögert sich die Bearbeitung bzw. der Provisions-/Courtagefluss.

Tragen Sie an dieser Stelle bitte das VKZ (Verbindungskennzeichen) ein

Berufliche Tätigkeit
Bitte genaue Berufsangaben: nicht „Handwerker“, sondern z. B. „Tischler“, nicht „Selbstständiger Kaufmann“, sondern z. B. „Bäcker“.

Hinweis:
Hier kann direkt die Registrierung von My AXA angestoßen werden, um z. B. Arztrechnungen bequem online einzureichen. Für ActiveMe Kunden ist dies verpflichtend.

Zustimmung zur digitalen Kommunikation
Mit Zustimmung zur Online-Kommunikation erhält der Versicherungsnehmer die Post von AXA direkt und jederzeit abrufbar ins My AXA Postfach.

Wichtiger Hinweis – nicht vergessen!

„Selbstständig seit“
ist unverzichtbar bei Selbstständigen wegen Prüfung Existenzgründer.

Wichtig: Nur wenn die Angehörigkeit mit „ja“ bestätigt werden kann, wird der Vertrag angenommen und bleibt versicherungsteuerfrei.

Antrag auf Krankenversicherung bei der AXA Krankenversicherung AG 21001479 (01.25)

Bitte in Blockschrift ausfüllen

5,0110101000 PV AP Neuantrag
 OD GM Änderungsantrag
 GSS ZUW SVNR

Orga-/Agenturnummer Org.KZ Motiv Versicherungsnummer Interne Vermittlernummer

1. Person Vorname: **Hans** Titel: _____
 Name: **Mustermann** Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz): **Musterallee 1** PLZ (1. Wohnsitz): **50111** Ort (1. Wohnsitz): **Musterbach**
 Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche: **Schreiner** Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): **23.12.1977** Staatsangehörigkeit: **deutsch**

Telefon* _____ E-Mail* _____

* freiwillige Angabe
 Privatwirtschaft Arbeiter/-in/Angestellte/-r Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) Bundeswehr
 Öffentlicher Dienst Hausfrau/-mann Heilberufe Sonstige **Selbstständige/-r/Freiberufler/-in** Student/-in/Schüler/-in

Kundenportal My AXA
 Über unser Kundenportal My AXA können Sie Ihre Versicherungen mit den AXA-Konzerngesellschaften verwalten, mit uns online kommunizieren, Ihre persönlichen Daten ändern, Rechnungen einreichen und den Status verfolgen. Jederzeit und überall im Web oder bequem als App auf Ihrem Smartphone verfügbar. Möchten Sie, dass wir die My AXA Registrierung für Sie starten? ja nein
 Wenn ja, bitte ausfüllen:
 Mobiltelefon: **0123/4567891** E-Mail: **Hans.Mustermann@xxx.de**

Online-Kommunikation
 In My AXA können Sie die vertraglichen Unterlagen (insbesondere Bescheinigungen oder Leistungsabrechnungen) zu allen Versicherungsverträgen, die Sie mit einer zum AXA-Konzern gehörenden Gesellschaft abgeschlossen haben, bequem online erhalten. Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über das Kundenportal My AXA. Von der Online-Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen oder aus anderen Gründen nicht digital zugestellt werden können. Ein Anspruch des Kunden auf den digitalen Versand aller Dokumente besteht nicht. Sie erteilen Ihre Zustimmung zur Online-Kommunikation für diesen Vertrag sowie für alle bestehenden und zukünftigen Verträge, die Sie bereits mit einer AXA-Konzerngesellschaft abgeschlossen haben oder zukünftig noch abschließen werden. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, über My AXA wieder zum postalischen Dokumentenversand zurückzukehren, in dem Sie dort Ihre Einwilligung zur Online-Kommunikation widerrufen. Weitere Informationen zum digitalen Dokumentenversand, zu dessen rechtlichen Wirkung und zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://www.axa.de/myaxa-kundenportal/nutzungsbedingungen-my-axa>.
 Bitte bestätigen Sie hier Ihre Einwilligung in die Online-Kommunikation.* ja nein
 * für ActiveMe verpflichtend mit ja zu beantworten

AXA/DBV-Vorversicherung
 Sind oder waren Sie/die zu versichernden Personen bereits bei AXA/DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? ja nein Versicherungsnummer _____

Zu versichernde Personen

<p>1. Person <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Name: Mustermann</p> <p>Geburtsname* (sofern abweichend von Namen) _____</p> <p>Vorname/n (alle Vornamen): Hans</p> <p>Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): 23.12.1977 Geburtsort* _____</p> <p>Staatsangehörigkeit: deutsch</p> <p>ausgeübte berufliche Tätigkeit: Schreiner</p> <p>Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende: _____ Tag/Monat/Jahr</p> <p>Voraussichtliches Studienende: _____ Tag/Monat/Jahr</p> <p>Voraussichtlicher Verbeamtungstermin: _____ Tag/Monat/Jahr</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in/Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) <input type="checkbox"/> Bundeswehr <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Heilberufe <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> Selbstständige/-r/Freiberufler/-in <input type="checkbox"/> Student/-in/Schüler/-in</p> <p>Tag/Monat/Jahr: _____</p> <p>– selbstständig seit: 01.10.2020</p> <p>– Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter: _____</p>	<p>2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Name: Mustermann</p> <p>Geburtsname* (sofern abweichend von Namen) _____</p> <p>Vorname/n (alle Vornamen): Ulrike</p> <p>Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): 26.01.2002 Geburtsort* _____</p> <p>Staatsangehörigkeit: deutsch</p> <p>ausgeübte berufliche Tätigkeit: Studentin</p> <p>Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende: _____ Tag/Monat/Jahr</p> <p>Voraussichtliches Studienende: _____ Tag/Monat/Jahr</p> <p>Voraussichtlicher Verbeamtungstermin: 01.05.2026 Tag/Monat/Jahr</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in/Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) <input type="checkbox"/> Bundeswehr <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Heilberufe <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r/Freiberufler/-in <input checked="" type="checkbox"/> Student/-in/Schüler/-in</p> <p>Tag/Monat/Jahr: _____</p> <p>– selbstständig seit: _____</p> <p>– Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter: _____</p>
--	---

Angehörigkeit im Sinne des § 15 AO oder des § 7 Abs. 3 PflegeZG (siehe Anhang)

Sofern die versicherte Person vom Antragsteller abweicht: Wichtige Angabe zur Ausnahme von der Besteuerung nach § 4 Nr. 5 b Versicherungsteuergesetz

Der Antragsteller bestätigt, dass er ein naher Angehöriger der zu versichernden Person gemäß § 15 Abgabenordnung oder § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz ist.

1. Person Ja Nein **2. Person** Ja Nein

Hinweise für die Antragsaufnahme

Vorversicherungen

Bitte detaillierte Angaben über Beginn und Ende der Vorversicherungen. Besteht seit länger als 6 Monate keine Vorversicherung, dann bitte Rückfrage bei uns. Bitte auch die genaue Bezeichnung der Vorversicherung angeben (Name der Krankenkasse oder Gesellschaft)

Weiterhin bestehende Versicherungen

Bei anderen Unternehmen bestehende Zusatzversicherungen könnten zu unnötigen Doppelversicherungen führen, die vermieden werden sollten. Anderweitig bestehende Tagelgeldversicherungen müssen auf das zu versichernde Nettoeinkommen angerechnet werden.

Angaben erforderlich wegen staatlicher Förderung von 5,00 Euro monatlich

Pflegepflichtversicherung

Die Angaben zur Pflegepflichtversicherung müssen für alle zu versichernden Personen ausgefüllt werden. Nur mit vollständigen Angaben kann der korrekte Beitrag des Pflegepflichttarifes ermittelt werden. Bei fehlenden Angaben oder Unterlagen darf keine Beitragsfreiheit bei Kindern gewährt werden. In diesen Fällen ist der Versicherer verpflichtet, den zum Eintrittsalter gültigen Tarifbeitrag zugrunde zu legen.

Besonders wichtig sind die Angaben zum Gesamteinkommen – auch bei Kindern jeden Alters!
Weitere Informationen enthält das Kapitel „Pflegeversicherung“

Pflegepflichtversicherung

Die Angaben zur Pflegepflichtversicherung müssen für alle zu versichernden Personen ausgefüllt werden. Nur mit vollständigen Angaben kann der korrekte Beitrag des Pflegepflichttarifes ermittelt werden. Bei fehlenden Angaben oder Unterlagen dürfen keine Beitragsvergünstigungen bei Ehegatten gewährt werden. In diesen Fällen ist der Versicherer verpflichtet, den zum Eintrittsalter gültigen Tarifbeitrag zugrunde zu legen.

Besonders wichtig sind die Angaben zum Gesamteinkommen.
Weitere Informationen enthält das Kapitel „Pflegeversicherung“

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in		Name Mustermann		Vorname Hans																																	
1.) Krankenversicherung oder Absicherung durch Heilfürsorge Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenversicherung oder eine Absicherung durch Heilfürsorge? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.			1.) Krankenversicherung oder Absicherung durch Heilfürsorge Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenversicherung oder eine Absicherung durch Heilfürsorge? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Name des Versicherers</th> <th>Beginn (Tag/Monat/Jahr)</th> <th>Ende (Tag/Monat/Jahr)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> GKV</td> <td>KVxy</td> <td>01.01.03</td> <td>31.03.25</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PKV</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heilfürsorge</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)	<input checked="" type="checkbox"/> GKV	KVxy	01.01.03	31.03.25	<input type="checkbox"/> PKV				<input type="checkbox"/> Heilfürsorge				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Name des Versicherers</th> <th>Beginn (Tag/Monat/Jahr)</th> <th>Ende (Tag/Monat/Jahr)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> GKV</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> PKV</td> <td>KVxy</td> <td>01.01.03</td> <td>31.03.25</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heilfürsorge</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> GKV				<input checked="" type="checkbox"/> PKV	KVxy	01.01.03	31.03.25	<input type="checkbox"/> Heilfürsorge				Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet? <input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer Beendigungsgrund: Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)																																		
<input checked="" type="checkbox"/> GKV	KVxy	01.01.03	31.03.25																																		
<input type="checkbox"/> PKV																																					
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge																																					
	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)																																		
<input type="checkbox"/> GKV																																					
<input checked="" type="checkbox"/> PKV	KVxy	01.01.03	31.03.25																																		
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge																																					
2.) Pflegepflichtversicherung Sofern abweichend zur Krankenversicherung und bei Heilfürsorge Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert? Bei weiterhin bestehender deutscher Pflegepflichtversicherung (bitte Nachweis einreichen) Name des Versicherers KVxy Beginn (Tag/Monat/Jahr) 01.10.11 Ende (Tag/Monat/Jahr) 9.9.5 3.1.0.3 2.0.2.5			2.) Pflegepflichtversicherung Sofern abweichend zur Krankenversicherung und bei Heilfürsorge Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert? Bei weiterhin bestehender deutscher Pflegepflichtversicherung (bitte Nachweis einreichen) Name des Versicherers KVxy Beginn (Tag/Monat/Jahr) 2.6.0.1 Ende (Tag/Monat/Jahr) 2.0.0.2 3.1.0.3 2.0.2.5																																		
Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnsatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____		Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnsatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____		Tagelgeldversicherungen (z. B. Krankenhausgeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagelgeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagelgeldhöhe _____ Versicherer _____																																	
Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) 6 5 9 18 7 16 3 12 5 14 8 18		Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) 2 13 5 8 17 14 16 9 11 2 16 18		Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein																																	
1. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“ und dort „Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung“ und „Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung“ Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt, (s. a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“ und dort „Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung“) <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 535 EUR <input type="checkbox"/> über 535 EUR bis 556 EUR <input checked="" type="checkbox"/> über 556 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“ und dort „Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung“ und „Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung“ Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt, (s. a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“) <input checked="" type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 535 EUR <input type="checkbox"/> über 535 EUR bis 556 EUR <input type="checkbox"/> über 556 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		2. Zusätzliche Fragen, wenn eine Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“ und dort „Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung“ und „Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung“ 2.1. Zumindest ein/e Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in ist seit dem 01.01.1995 durchgehend privat pflegepflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																	
2.2. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in/eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist. Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in _____ von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Versicherungsunternehmen _____		2.2. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in/eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist. Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in _____ von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Versicherungsunternehmen _____		(Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“ – ist einzureichen) Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in/eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s. a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“) <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 535 EUR <input type="checkbox"/> über 535 EUR bis 556 EUR <input type="checkbox"/> über 556 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																	

Hinweise für die Antragsaufnahme

Angaben zum Gesundheits- und Gebisszustand
Alle Gesundheitsfragen müssen genau und vollständig beantwortet werden. Besser zu viel als zu wenig angeben – reicht der Platz nicht aus ggf. Beiblatt zufügen.
Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Geben Sie immer die Dioptrienzahl an!

Wenn ActiveMe beantragt wurde, dann bitte Angaben für die letzten 6 Jahre machen.

Wenn ActiveMe beantragt wurde, dann bitte Angaben für die letzten 8 Jahre machen.

Unterschied zwischen Behinderung und Schwerbehinderung: bei einer Behinderung liegt der Grad der Behinderung (GdB) <50, bei einer Schwerbehinderung von 50-100

Hinweis
Bitte füllen Sie die in diesem Antrag enthaltene Persönliche Erklärung Zahnschäden aus. Diese benötigen wir für die Antragsbearbeitung.

Nutzen Sie den vorhandenen Platz für ausführliche Angaben. Rückfragen können so vermieden werden.
Geben Sie bitte immer exakt die Diagnose (genaue Krankheitsbezeichnungen), Untersuchungs-/Behandlungsdaten und Namen sowie Anschriften der Behandler, einweisenden und/oder nachbehandelnden Ärzte an. Sämtliche Arten von Schmerzen sind Symptome, jedoch keine Diagnosen. Sammelbegriffe wie „Unterleibsleiden“ oder „Rückenschmerzen“ genügen hier nicht. Richtig wäre z. B. „Myom an der Gebärmutter“ oder „Bandscheibenvorfall“. Formulierungen wie „entfällt“ und das Zusammenfassen mehrerer Fragen mit Klammern sind unzulässig und ziehen zwangsläufig Rückfragen nach sich. Fehlende oder unvollständige Angaben zu Ärzten (z. B. Adressen, Fachrichtung) können die Antragsbearbeitung verzögern.

Bitte angeben:
„Kontrolluntersuchung“ (nach einer Erkrankung) oder „Vorsorgeuntersuchung“ (Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen).

Antragsteller/-in Name Mustermann Vorname Hans
Versicherungsnehmer/-in

Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie - innerhalb der abgefragten Zeiträume - auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.
Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen.

1. Person		2. Person	
Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg
<u>1,82</u>	<u>98</u>	<u>1,50</u>	<u>56</u>

1. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angeraten?
 ja nein ja nein

Bitte geben Sie die Dioptrien an.
 L 0,75 R 1,25 L R

2. Wurden Sie untersucht, behandelt oder beraten?
 a. In den letzten 3 Jahren – ambulant? ja nein ja nein
 b. In den letzten 5 Jahren – stationär (für ActiveMe-U(A) in den letzten 6 Jahren)? ja nein ja nein
 c. In den letzten 5 Jahren – wegen psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (für ActiveMe-U(A) in den letzten 8 Jahren)? ja nein ja nein
 d. Ist eine Untersuchung oder Behandlung angeraten oder beabsichtigt? ja nein ja nein

3. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Arzneimittel für länger als 6 Wochen verordnet, eingenommen oder angewendet?
 ja nein ja nein

4. Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen Sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?
 ja nein ja nein

5. Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Abhängigkeit von Arzneimitteln, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen?
 ja nein ja nein

6. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Behinderung, Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Dienstunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?
 Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide beifügen.
 ja nein ja nein

7. Liegt eine HIV-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus?
 ja nein ja nein

8. Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind?
 Bitte Anzahl angeben.
 (Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)
 Anzahl 2 Anzahl

8a. Befinden Sie sich zurzeit in einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen oder kieferorthopädischen Behandlung bzw. Beratung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (Wenn ja, bitte Kostenvoranschlag beifügen)
 ja nein ja nein

8b. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?
 ja nein ja nein

Hinweis
Ist mindestens eine der Fragen 8, 8a, 8b mit „ja“ beantwortet beachten Sie bitte die Persönliche Erklärung Zahnschäden. Triff eine der darin enthaltenen Besonderen Vereinbarungen auf den beantragten Tarif und die Beantwortung der Frage zu, ist die in diesem Antrag enthaltene Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen und das Einverständnis des Kunden einzuholen.

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Person/en und der Ziffer/n der Frage

zu Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Körperimplantate	behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr)	Behandlungsart amb. stat.	arbeitsunfähig ja nein	Durchgeführte, angeratene oder beabsichtigte Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen, (Angabe von Arzneimitteln)	Bestehen Folgen oder stehen Untersuchungsergebnisse aus? Wenn ja, welche?
1. Person	<u>1 Weitsichtigkeit</u>	<u>3/08-lfd.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Brille</u>	<u>nein/keine</u>
	<u>3 Grippe</u>	<u>01/2022</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Inhalation</u>	<u>nein/keine</u>
2. Person	<u>3 gynäkologische Vorsorge</u>	<u>4.10.22</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Vorsorge</u>	<u>o. B.</u>

21001479 (01.25)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Vollständige Angaben zum Hausarzt sind auch im Leistungsfall sehr wichtig (Anerkennung als Hausarzt)

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in		Name Mustermann		Vorname Hans		
Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen	vers. zu	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin			Fachrichtung	
	Person	Frage				
	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>Dr. Schmitz, Rheinstr. 12, 50111 Musterbach</u>			<u>Prakt. Arzt</u>
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>Dr. Schmitz, Rheinstr. 12, 50111 Musterbach</u>			<u>Prakt. Arzt</u>
	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>Dr. Müller, Bachweg 8, 50111 Musterbach</u>			<u>Internist</u>
Bemerkungen/Veränderungen						

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer“ oder „Versicherung“ bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per E-Mail an info@axa.de. Wir 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 Versicherer selbst (unter 1.);
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.);
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch 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 dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie 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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 Heilberufes ergeben.

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

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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 uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

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

Wir, der Versicherer, verpflichten 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 einzuschalten. Wir benötigen 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)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.



21001479 (01.25)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir 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 der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns 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.

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten erforderlich, sodass wir auf Grundlage der nächststehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Wir weisen 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.

Ausgehändigte
Unterlagen

Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen,
Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten.

Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/-r
Vertreter/-in mitzuversicherender Personen

X

Info über ausgehändigte Unterlagen auf jeden Fall mit Unterschrift bestätigen lassen.



21001479 (01.25)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Bitte weisen Sie den Antragsteller darauf hin, dass er die hier aufgeführten Voraussetzungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung erfüllen muss, wenn er den Tarif GEPV beantragt.

Vertragsabschluss in Deutschland und Datum
Diese Angaben sind aus vertragsrechtlichen Gründen wichtig und daher immer einzutragen.

Hilfreich wäre die Angabe einer Telefonnummer für Rückfragen

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen
Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf den vorangehenden und noch nachfolgenden Seiten des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.**

Information zur Verwendung Ihrer Daten
Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den nachfolgenden Seiten in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr)
Für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG unwiderruflich, die Zulage, und soweit eine solche noch nicht vergeben ist, die Zulagenummer zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden.

Zudem bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfülle. Diese sind:

1. Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.
2. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.
3. Ich erhalte keine Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung und habe solche auch nicht in der Vergangenheit bezogen. Desweiteren ruhen entsprechende Leistungen auch nicht, weil ich Leistungen anderer staatlicher/öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, vorrangig erhalte oder erhalten habe.

Verpflichtungserklärung
Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, unverzüglich mitzuteilen. **Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.**

Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Riester-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagenummer abzufragen. **Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge VARIO**

AXA verzichtet bei der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung – Tarif GEPV – auf die Wartezeiten gemäß § 5 MB/GEPV. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsfragen zum Tarif Pflegevorsorge VARIO wahrheitsgemäß beantwortet wurden, eine positive Gesundheitsprüfung erfolgt und dem Abschluss des Tarifes VARIO nicht widersprochen wird.

Mir ist bekannt, dass nur unter diesen Voraussetzungen die Wartezeiten in der zeitgleich beantragten Pflegezusatzversicherung GEPV entfallen.

Eine Bestätigung über den Entfall der Wartezeiten erhalte ich von AXA noch einmal mit dem Versicherungsschein.

Unterschriften (gelten auch für die Ergänzung/Änderung bezogen auf den Tarif GEPV (Pflege-Bahr))
 Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde
Datum (Tag/Monat/Jahr) 16 | 03 | 2025
Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Unterschrift Antragsteller/-in, Versicherungsnehmer/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

X **X**
Erläuterungen (frühestens mit Alter 16) und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

X **X**

Gehen Sie mit dem Antragsteller sicherheitshalber noch einmal alle Angaben, insbesondere die Gesundheitsfragen, durch und legen Sie ihm vor Unterzeichnung des Antrages die in diesem Antrag deutlich gekennzeichnete gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG zur Kenntnis vor. Geben Sie dem Antragsteller immer eine Antragskopie. Unterschriften – des Antragstellers, aller zu versichernden Personen ab Alter 16 und des Vermittlers – sind aus vertragsrechtlichen Gründen wichtig. Ausserdem ist eine verbindliche Aussage unsererseits nur dann möglich, wenn die Antragsangaben unterschriftlich bestätigt sind.



Hinweise für die Antragsaufnahme

Diese Zusatzklärung ist immer auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag von einem Beamten, Richter oder Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst/ Sektor und/oder deren Familienangehörige handelt.

Familienstand + Anzahl der beihilfeberechtigten Personen

Die Angaben zum Familienstand, zum Beihilfeanspruch und **zur Anzahl** der beihilfeberechtigten Personen müssen für alle zu versichernden Personen beantwortet werden. Unvollständige Daten verzögern die Antragsbearbeitung und gefährden künftig notwendige Bestandsaktionen wegen Änderung der Beihilfeverordnungen. Diese Daten sind die Basis für künftige Bestandsaktionen wegen Änderung der Beihilfeverordnungen. Nur mit korrekten und vollständigen Daten können effektive Bestandsaktionen vorbereitet und durchgeführt werden.

Änderung/Wegfall Beihilfe

Sofern es sich um einen Veränderungs-/Umstellungsantrag wegen Änderung oder Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe handelt, ist hier der Zeitpunkt der jeweiligen Beihilfeänderung einzutragen.

Wichtige Angaben zur Antragsprüfung!

Persönliche Erklärung für Tarif Vision B

Die Erklärung zum Tarif Vision B ist immer abzugeben, wenn der Tarif Vision B beantragt wird und die zu versichernde Person mind. 18 Jahre alt ist oder der Antragsteller mind. 16 Jahre alt ist und in einem Verhältniss steht.

Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in		Name Mustermann		Vorname Hans	
Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch 1. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP1 _____ Beihilfevorschrift**) VP1 _____ Hinweis zu *) **: Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzklärung dargestellt haben. Bitte beachten Sie auch den Hinweis zu den Besonderheiten in der Beihilfe des Landes Sachsen ab dem 01.01.2024. Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Monatsanpassungen _____ Jahr _____ Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifeleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifeleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifeleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)		2. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP2 _____ Beihilfevorschrift**) VP2 _____ Hinweis zu *) **: Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzklärung dargestellt haben. Bitte beachten Sie auch den Hinweis zu den Besonderheiten in der Beihilfe des Landes Sachsen ab dem 01.01.2024. Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Monatsanpassungen _____ Jahr _____ Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifeleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifeleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifeleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)			
Soldaten/Zeitsoldaten Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) _____		Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) _____			
Auslandseinsatz/ Tätigkeit im Ausland Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____		Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____			
Für Antragssteller/-innen mit Beihilfe des Landes Hessen Ich beantrage für mich (Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in) bereits jetzt für die Zeit nach Beendigung der Anwärter-/Referendarzeit (Ausbildung zum Beamten / zur Beamtin) zu dem im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ dieses Antrages genannten voraussichtlichen Ausbildungs-/Referendariatsende die Erhöhung der tariflichen Erstattungssätze in den beantragten Tarifen (s. Abschnitt „Welche Tarife sollen versichert werden?“) gemäß den dann geltenden Beihilfebemessungssätzen des Landes Hessen“.		Sollte die Anwärter-/Referendarzeit zu einem anderen als im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ genannten Zeitpunkt enden, gilt das vorgenannte Einverständnis für den neuen, tatsächlichen Beendigungsstermin der Ausbildung. Die tariflichen Erstattungssätze in Höhe von 30 % (ambulante, zahnärztliche Behandlungen) bzw. 15 % (stationäre Behandlungen) werden in diesem Fall bis zum neuen, tatsächlichen Ausbildungsende fortgeführt. Für den Ausbildungsbeitrag gelten die tariflichen Bestimmungen.			
Diesen Antrag stelle ich auch in Hinblick auf meine gegebenenfalls von der Änderung des Beihilfebemessungssatzes betroffenen mitversicherten Familienangehörigen. Sollten Sie mit der vorgenannten Regelung nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Kästchen an. <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte den vorgenannten Antrag zum jetzigen Zeitpunkt nicht stellen. Das Recht auf Vertragsanpassungen nach § 199 VVG bei Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe bzw. bei sonstigen Änderungen des Beihilfebemessungssatzes auch nach Ausbildungsende innerhalb der gesetzlichen Antragsfristen sowie auf die Kündigung des Vertrages insgesamt nach § 205 (3) VVG bleibt Ihnen in jedem Falle erhalten – unabhängig davon, ob Sie mit der vorgenannten Regelung einverstanden sind oder nicht.		Hinweis: Sofern ich mein Einverständnis nicht erteile, wird mein Vertrag bei Beendigung der Ausbildung in den Normalbeitrag umgestellt ohne Änderung der tariflichen Erstattungssätze. Dadurch besteht dann in der Regel kein ausreichender Versicherungsschutz mehr. Eine spätere Erhöhung der tariflichen Erstattungssätze wäre nur mit aktueller Risikoprüfung möglich, wenn der entsprechende Antrag erst mehr als 6 Monate nach Änderung der Beihilfebemessungssätze zugeht. * Nach aktuell geltender Beihilfeverordnung gilt ein Bemessungssatz von 50 % für ambulante und zahnärztliche Behandlungen bzw. von 65 % für stationäre Behandlungen im Krankenhaus inklusive für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei Zahlung des monatlichen Eigenanteils von 18,90 EUR an den Dienstherrn. Der Bemessungssatz erhöht sich je berücksichtigungsfähigem Familienangehörigen in der Beihilfe um 5 % auf max. 70 % ambulant/zahn bzw. 85 % stationär.			
Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWHH (gilt nur für Lehramtsstudenten und Lehrer nach Beendigung des Referendariats) Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflicht- bzw. familienversichert.		Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflicht- bzw. familienversichert.			



Hinweise für die Antragsaufnahme

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name Mustermann	Vorname Hans																																																				
Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-U, BN3 bzw. BN3/1-N bzw. BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen	Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen																																																				
<p>Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder mittels E-/Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Tabakerhitzer oder auf sonstige Weise Tabak/Nikotin konsumiert hat und für die Zukunft auch nicht beabsichtigt. Als Raucher/-in bzw. Tabak/Nikotinkonsument/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17 % des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20 % für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angehoben wird.</p> <p>Werde ich nach Vertragsabschluss Tabak- oder Nikotinkonsument/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.</p> <p>Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U bzw. BN HF-UZ und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person ein</p>																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tarif Vision B, Vision B-N Vision B-U</th> <th>Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ</th> <th>Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mit nachfolgend aufgeführten</td> <td>Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:</td> <td>mit nachfolgend aufgeführten</td> <td>Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:</td> </tr> <tr> <td>00 7,00 EUR</td> <td></td> <td>30 15 2,10 EUR</td> <td>30 0,56 EUR</td> </tr> <tr> <td>50-U, 50T.</td> <td></td> <td>35 20 2,45 EUR</td> <td>35 0,52 EUR</td> </tr> <tr> <td>50-NT, 50T-U</td> <td>50 0,40 EUR</td> <td>35 25 2,45 EUR</td> <td>35 0,52 EUR</td> </tr> <tr> <td>30 2,10 EUR</td> <td>30 0,56 EUR</td> <td>40 25 2,80 EUR</td> <td>40 0,48 EUR</td> </tr> <tr> <td>20 1,40 EUR</td> <td>20 0,64 EUR</td> <td>40 30 2,80 EUR</td> <td>40 0,48 EUR</td> </tr> <tr> <td>15 1,05 EUR</td> <td>15 0,68 EUR</td> <td>45 30 3,15 EUR</td> <td>45 0,44 EUR</td> </tr> <tr> <td>10 0,70 EUR</td> <td>10 0,72 EUR</td> <td>45 35 3,15 EUR</td> <td>45 0,44 EUR</td> </tr> <tr> <td>20 15 1,40 EUR</td> <td>20 0,64 EUR</td> <td>50 35 3,50 EUR</td> <td>50 0,40 EUR</td> </tr> <tr> <td>25 15 1,75 EUR</td> <td>25 0,60 EUR</td> <td>50 35 3,50 EUR</td> <td>50 0,40 EUR</td> </tr> <tr> <td>25 1,75 EUR</td> <td>25 0,60 EUR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BN-HF-UZ 0,80 EUR</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tarif Vision B, Vision B-N Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	mit nachfolgend aufgeführten	Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:	mit nachfolgend aufgeführten	Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:	00 7,00 EUR		30 15 2,10 EUR	30 0,56 EUR	50-U, 50T.		35 20 2,45 EUR	35 0,52 EUR	50-NT, 50T-U	50 0,40 EUR	35 25 2,45 EUR	35 0,52 EUR	30 2,10 EUR	30 0,56 EUR	40 25 2,80 EUR	40 0,48 EUR	20 1,40 EUR	20 0,64 EUR	40 30 2,80 EUR	40 0,48 EUR	15 1,05 EUR	15 0,68 EUR	45 30 3,15 EUR	45 0,44 EUR	10 0,70 EUR	10 0,72 EUR	45 35 3,15 EUR	45 0,44 EUR	20 15 1,40 EUR	20 0,64 EUR	50 35 3,50 EUR	50 0,40 EUR	25 15 1,75 EUR	25 0,60 EUR	50 35 3,50 EUR	50 0,40 EUR	25 1,75 EUR	25 0,60 EUR				BN-HF-UZ 0,80 EUR				
Tarif Vision B, Vision B-N Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N																																																			
mit nachfolgend aufgeführten	Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:	mit nachfolgend aufgeführten	Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:																																																			
00 7,00 EUR		30 15 2,10 EUR	30 0,56 EUR																																																			
50-U, 50T.		35 20 2,45 EUR	35 0,52 EUR																																																			
50-NT, 50T-U	50 0,40 EUR	35 25 2,45 EUR	35 0,52 EUR																																																			
30 2,10 EUR	30 0,56 EUR	40 25 2,80 EUR	40 0,48 EUR																																																			
20 1,40 EUR	20 0,64 EUR	40 30 2,80 EUR	40 0,48 EUR																																																			
15 1,05 EUR	15 0,68 EUR	45 30 3,15 EUR	45 0,44 EUR																																																			
10 0,70 EUR	10 0,72 EUR	45 35 3,15 EUR	45 0,44 EUR																																																			
20 15 1,40 EUR	20 0,64 EUR	50 35 3,50 EUR	50 0,40 EUR																																																			
25 15 1,75 EUR	25 0,60 EUR	50 35 3,50 EUR	50 0,40 EUR																																																			
25 1,75 EUR	25 0,60 EUR																																																					
	BN-HF-UZ 0,80 EUR																																																					
(Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 0,56 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 0,40.) Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.																																																						
Unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht die private Krankenversicherung (PKV) Beamten, Beamtinnen auf Widerruf (z. B. Referendare, Beamtinnenanwärter), Beamtinnenanfänger und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung über die sogenannten Öffnungssaktionen (nähere Informationen finden Sie im Internetauftritt des PKV-Verbandes https://www.pkv.de/service/broschueren/). Dieser erleichterte Zugang bedeutet einen Annahmeweg und keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie die Begrenzung von Zuschlägen zum Ausgleich erhöhter Risiken auf maximal 30 % des tariflichen Beitrages. Wenn Ihr Antrag auf dieser Basis bearbeitet werden soll und innerhalb von sechs Monaten ab dem zugangsberechtigenden Ereignis (z. B. Verbeamtung auf Widerruf bzw. auf Probe) gestellt ist, vermerken Sie dies bitte gesondert im Antrag (z. B. im Abschnitt „Bemerkungen/Vereinbarungen“). Bitte beachten Sie dabei, dass der Zugang über die Öffnungssaktionen auch nachteilig sein kann, da hierfür nur bestimmte Tarife der Tarifgruppe B zugelassen sind (diese können Sie gerne bei AXA/DBV erfragen). Fehlt ein entsprechender Vermerk im Antrag oder wird ein Antrag auf nicht zugelassene Tarife für die Öffnungssaktionen gestellt, gehen wir davon aus, dass Sie von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollen bzw. können.																																																						
Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen	Unterschriften	Unterschriften																																																				
	<input type="checkbox"/> Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde Datum (Tag/Monat/Jahr) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde Datum (Tag/Monat/Jahr) <input type="text"/>																																																				
	Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr X	Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr X																																																				
*) Beihilfestatus B = Beihilfeberechtigte/-r V = Versorgungsempfänger/-in V90Sa = Versorgungsempfänger mit mehr als 1 Kind (auf Dauer 90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024 E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in E2 = Berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in (mit mehr als 1 Kind in der Familie) (Schleswig-Holstein) E70Sa = Berücks. Ehegatte mit (Befreiung von) GKV-Pflicht der Rentner (70 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024 E90Sa = Berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024 K = berücksichtigungsfähiges Kind K3 = Berücksichtigungsfähiges Kind (mit mehr als 2 Kindern in der Familie) (Schleswig-Holstein) K90Sa = Berücksichtigungsfähiges Kind (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024 H = (Freie) Heilfürsorge B1 = Beihilfeberechtigte/-r 1 Kind (Sachsen ab 01.01.2024) B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder B2-Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind zwischen 01.01.2013 und 31.12.2023/ dauerhaft 70% Beihilfe Sachsen ab 01.01.2013 B90Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind (auf Dauer 90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024 H1 = Heilfürsorgeberechtigte/-r/1 Kind (Sachsen ab 01.01.2024) H2-Sa = Heilfürsorgeberechtigte/-r mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013 B3 = Beihilfeberechtigte/-r mit ehemals mind. 3 berücksichtigungsfähigen Kindern+Verbeamtung bis 31.12.2012 Bei Soldaten auf Zeit: Hbh = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge mehr als 1 Kind oder Versorgungsempfänger) Hzu = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge ohne Beihilfe/ MIT Zuschuss)																																																						
**) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhiPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?																																																						
Hinweis zum BeihilfeLand Sachsen ab 01.01.2024: Unsere Angebote setzen voraus, dass der Anspruch auf Beihilfe des Landes Sachsen im Zusammenhang steht mit dem Erhalt von Anwärterbezügen, Besoldung, Ruhegehalt, Witwen-/Witwergeld oder Waisengeld (nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a) des Sächsischen Beamtengesetzes). Sollte dies nicht der Fall sein (z. B. wegen Erhalt von Übergangsgeld oder Unterhaltsgeld), informieren Sie uns bitte.																																																						
	21013948 (01.25)																																																					

Hinweise für die Antragsaufnahme



Persönliche Erklärung bei vorvertraglichen Zahnschäden
ARL-U, AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BZ-U(A),
BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A),
Vision B-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Komfort Zahn-U(A),
Premium Zahn-U(A), VIALife von AXA

Bitte in Blockschrift ausfüllen

zum Antrag vom 16.03.2025

für Hans Mustermann

Vers.-Nummer

OE/Sachbearbeiter

Datum (Tag/Monat/Jahr)

16.03.2025

Betroffene Zähne Zahnschema: Bitte kennzeichnen Sie die fehlenden Zähne mit f und die behandlungsbedürftigen Zähne mit b.

(links)						Ihr Oberkiefer						(rechts)					
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17				
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47				
(links)						Ihr Unterkiefer						(rechts)					

Wenn vorvertragliche Zahnschäden bestehen, auf jeden Fall diese Erklärung mit dem Kunden ausfüllen und unterschreiben lassen. Das erspart uns weitere Rückfragen zu dem Antrag!

Besondere Vereinbarung Bitte die entsprechende Vereinbarung ankreuzen!

- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612/5607)
(Tarife BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BZ-U(A))
 Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen bleiben im Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A) und BN B-U(A) – sofern beantragt – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5610/5605)
(Tarife AWFH, Premium Zahn-U(A))
 Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Erstattungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Tarifbeginn ist bei Abschluss des Tarifs AWFH der Zeitpunkt, zu dem in eine Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird. Sofern dann der Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A) bzw. VisionB-U(A) besteht, sind die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen vom Versicherungsschutz des Tarifes BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A) bzw. VisionB-U(A) ausgeschlossen.
- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)
(Tarife BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BN VisB-U(A), Vision B-U(A))
 Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.
- bei 5–6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 2020)
(Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A))
 Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.
 ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR
 Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- bei 6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BZ-U(A), Premium Zahn-U(A))
 Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
- bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen** (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A)), wenn es sich nicht um eine Behandlung wegen fehlender Zähne handelt. In diesem Fall ist die entsprechende besondere Vertragsvereinbarung für fehlende Zähne (4.) anzukreuzen. Sofern lediglich Zahnsteinentfernung, Füllungen, Einlagefüllungen (Inlays) oder Wurzelkanalbehandlungen (Endodontie) angeraten wurden bzw. laufend behandelt werden, verzichtet die AXA Krankenversicherung AG auf eine gesonderte Leistungseinschränkung. (interner Hinweis 2021)
 Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Abschluss sämtlicher Behandlungen einschließlich Folgebehandlungen. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.
 ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR
 Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- bei behandlungsbedürftigen Zähnen, die nicht fehlen oder im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Zahnbetterkrankung stehen** (In diesen Fällen ist die jeweils zutreffende besondere Vertragsvereinbarung anzukreuzen). (interner Hinweis 5613)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
 Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen/beabsichtigten zahnärztlichen Behandlungen einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.



21010825 (01.25)

Hinweise für die Antragsaufnahme

8. **bei Zahn- und Kieferfehlstellungen** (interner Hinweis 5803)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
(Tarife ARL-U, Kompakt-Zahn-U(A), Komfort-Zahn-U(A) alternativ zu Punkt 6, wenn ausschließlich eine aktuelle Behandlung der Zahn- und Kieferfehlstellung erfolgt.)
 Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
9. **bei Zahnbetterkrankung** (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.) (interner Hinweis 5703)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN B-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN VisB-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
 Es ist vereinbart, dass für die laufenden bzw. angedachten Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, keine Leistungspflicht besteht. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
10. **bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen bzw. bei 1–5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 0038)
(Tarif VIAlife)
 Es ist vereinbart, dass die laufende(n) bzw. angedachte(n)/beabsichtigte(n) zahnärztliche(n)/kieferorthopädische(n) Behandlung(en) und/oder nicht behandlungsbedürftige Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie und/oder Zahnschientherapie bei Ausübung der Optionsrechte und Umstellung in den/die Zieltarife) zu einem Beitragszuschlag und/oder einer Leistungseinschränkung und/oder einem Leistungsausschluss führt/führen, wenn Ihr gewünschter Zieltarif dies vorsieht. Dies gilt auch für alle damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten.

Noch ein wichtiger Hinweis

Bitte schicken Sie die komplette Erklärung – 2 Seiten – unterschrieben an uns zurück. Vielen Dank.

Unterschrift

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der mitversicherten Person

1.6.10.3.12.0.2.5



21010825 (01.25)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Das **SEPA - Lastschriftmandat** ist ein wichtiger Bestandteil des Antrages und mit diesem einzureichen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Anündigung des Lastschritfeinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Anündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ0000066097

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel _____

Anrede H.E.R.R. _____

Vorname Kontoinhaber H.A.N.S. _____

Nachname Kontoinhaber M.U.S.T.E.R.M.A.N.N. _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) 23 . 12 . 1977

Straße, Hausnummer M.U.S.T.E.R.I.A.L.L.E.E. 1 _____

PLZ, Ort 50111 M.U.S.T.E.R.B.A.C.H. _____

Land D.E.U.T.S.C.H.L.A.N.D. _____

Kreditinstitut M.U.S.T.E.R.K.R.E.D.I.T.I.N.S.T.I.U.T. _____

IBAN D.E.12345678950020012 _____

BIC D.F.G.U.S.X.I.X.I. _____

bzw.

Kontonummer _____

BLZ _____

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum M.U.S.T.E.R.B.A.C.H. D.E.N. 16 . 03 . 2025 _____

Unterschrift(en) HANS MUSTERMANN

