



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

Antrag auf Krankenversicherung bei der AXA Krankenversicherung AG 21001479 (04.26)

Bitte in Blockschrift ausfüllen

5 0 1 1 0 0 1 0 0 0 PV AP Neuantrag
 OD GM Änderungsantrag
 GSS ZUW SVNR

Orga-/Agenturnummer Org.KZ Motiv Versicherungsnummer Interne Vermittlernummer

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

Antragsteller Name: Mustermann Vorname: Hans Titel: _____
 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
 Bitte genaue Berufsangaben: nicht „Handwerker“, sondern z. B. „Tischler“, nicht „Selbstständiger Kaufmann“, sondern z. B. „Bäcker“.

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche: Schreiner Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): 23.12.1978 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Telefon* _____ E-Mail* _____

* freiwillige Angabe
 Privativirtschaft 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

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.

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

1. Person männlich weiblich

Name: Mustermann
 Geburtsname* (sofern abweichend von Namen): _____
 Vorname/n (alle Vornamen): Hans
 Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): 23.12.1978 Geburtsort*: _____
 Staatsangehörigkeit: deutsch

ausgeübte berufliche Tätigkeit: Schreiner
 Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende: _____ Tag/Monat/Jahr
 Voraussichtliches Studienende: _____ Tag/Monat/Jahr
 Voraussichtlicher Verbeamtungstermin: _____ Tag/Monat/Jahr

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

Tag/Monat/Jahr: _____
 – selbstständig seit: 01.10.2023
 – Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter: _____

2. Person männlich weiblich

Name: Mustermann
 Geburtsname* (sofern abweichend von Namen): _____
 Vorname/n (alle Vornamen): Ulrike
 Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): 26.01.2003 Geburtsort*: _____
 Staatsangehörigkeit: deutsch

ausgeübte berufliche Tätigkeit: Studentin
 Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende: _____ Tag/Monat/Jahr
 Voraussichtliches Studienende: _____ Tag/Monat/Jahr
 Voraussichtlicher Verbeamtungstermin: 01.05.2027 Tag/Monat/Jahr

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

Tag/Monat/Jahr: _____
 – selbstständig seit: _____
 – Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter: _____

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

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

21001479 (04.26)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Hier geht es um die Einwilligung der Datenübermittlung an die Finanzbehörden und die Steueridentifikationsnummer

Wir müssen die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung an die ELStAM-Datenbank melden. Die Arbeitgeber greifen dann direkt auf die ELStAM-Datenbank zu und rufen die Daten dort ab um die Höhe des Arbeitgeberzuschusses zu ermitteln und/oder die Vorsorgeaufwendungen im Lohnsteuerabzugsverfahren zu berücksichtigen.

Ein Widerspruch ist sinnvoll, wenn der VN bzw. versicherte Person z. B. Selbstständig oder Beamter ist und keinen Arbeitgeberzuschuss erhält und/oder nicht am Lohnsteuerabzugsverfahren teilnimmt.

Der Beitragseinzug erfolgt über SEPA - Lastschriftmandat weil unsererseits keine Beitragsrechnungen verschickt und Verträge mit vereinbartem Beitragseinzug bestandsfester sind. Beachten Sie bitte das in diesem Antrag enthaltene SEPA - Lastschriftmandat

Tarife und Monatsbeitrag
Bitte genaue Bezeichnung der Einzeltarife – einschließlich Tagesgeldhöhe – mit entsprechendem Tarifbeitrag. Der monatliche Mindestbeitrag beträgt 5 Euro. Liegt der monatliche Gesamtbeitrag darunter, ist jährliche Beitragszahlung mit SEPA - Lastschrift zu vereinbaren.

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in		Name Mustermann		Vorname Hans	
Information zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer		Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) an die Finanzbehörden zu übermitteln. Erfolgt keine Angabe der Steuer-ID, wird diese von der AXA Krankenversicherung ermittelt.			
Datenübermittlung Arbeitgeberschutz/Vorsorgeaufwendungen		Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, die Beitragswerte für private Kranken- und Pflegeversicherungen elektronisch an die Finanzbehörden (ELStAM-Datenbank) zu melden. Dies ermöglicht die Gewährung eines steuerfreien Arbeitgeberzuschusses und/oder die Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen im Lohnsteuerabzugsverfahren. Ab diesem Zeitpunkt werden Arbeitgeber nur die elektronisch übermittelten Beiträge anerkennen. Wenn für den Versicherungsnehmer eine elektronische Datenübermittlung nicht notwendig ist, kann dieser widersprochen werden: Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses gemäß § 257 Abs. 2 SGB V bzw. § 61 Abs. 2 SGB XI (Bescheinigung für den Arbeitgeberzuschuss) <input checked="" type="checkbox"/> Für den Gesamtvertrag oder für einzelne Personen: <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung für die steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen im Lohnsteuerabzugsverfahren nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG (Bescheinigung für das Lohnsteuerabzugsverfahren) <input checked="" type="checkbox"/> Für den Gesamtvertrag oder für einzelne Personen: <input type="checkbox"/> 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person Wichtig zu wissen: Wenn Sie der Datenübermittlung widersprechen, werden keine Daten an die Finanzbehörden weitergegeben. Dadurch kann es passieren, dass der Arbeitgeber keinen steuerfreien Zuschuss zahlt und keine Vorsorgeaufwendungen bei der Lohnabrechnung berücksichtigt werden.			
Information zum Beitragseinzug		IBAN DE12345678950020012		BIC DFGUSXXX	
<input checked="" type="checkbox"/> Antragsteller ist Beitragszahler und beigefügtes/bestehendes SEPA-Lastschriftmandat soll genutzt werden. <input type="checkbox"/> Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)		Beitragszahler Name _____ Vorname _____ <input checked="" type="checkbox"/> monatlich (1. des Monats) <input type="checkbox"/> monatlich (15. des Monats) <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
Vericherungsbeginn		1. Person Datum (Tag/Monat/Jahr) 01.10.2026		2. Person Datum (Tag/Monat/Jahr) 01.10.2026	
Welche Tarife sollen versichert werden?		1. Person Tarife EL Bonus-U Beitrag in EUR 557,08 gesetzl. Zuschlag _____ Kompakt Zahn-U 60,43 _____ KTG 21-U/100 115,00 _____ PVN 99,74 _____		2. Person Tarife Vital 300-U(A) Beitrag in EUR 275,18 gesetzl. Zuschlag _____ Kompakt Zahn-U(A) 33,81 _____ PVN 0,00 _____	
1. Person Summe * Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)		832,25		0,00	
2. Person Summe * Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)		308,99		0,00	
Gesamtbeitrag für alle Personen (inkl. gesetzlichem Zuschlag):				1141,24	
Für Tarif Vision B und VIALife		Bitte die Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren hilflose Angehörigen beachten			
Für Tarif ActiveMe-U(A) und die Tarife EL einschließlich EL Bonus-U(A)		Bei Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> 5 EUR Festbetrag monatlich (zusätzlich) <input checked="" type="checkbox"/> Leistungsausschluss für Sehhilfen		Bei Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> 5 EUR Festbetrag monatlich (zusätzlich) <input type="checkbox"/> Leistungsausschluss für Sehhilfen	
Angaben zum/zur Hausarzt/Hausärztin für Tarife EL einschließlich EL Bonus-U(A)		Ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Internist/Internistin? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte angeben Name _____ Straße, Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____ Seit wann sind Sie dort Patient/in? _____ Monat/Jahr _____		Wenn ja, bitte angeben Name _____ Straße, Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____ Seit wann sind Sie dort Patient/in? _____ Monat/Jahr _____	
Für Krankentagegeldtarife bitte angeben		Höhe des regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens (Angestellte)/ Gewinns vor Steuern (Selbstständige) in EUR (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise“) 4.500,--		Höhe des regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens (Angestellte)/ Gewinns vor Steuern (Selbstständige) in EUR (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise“) _____	
Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, _____ Wochen <input type="checkbox"/> Nein		Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, _____ Wochen <input type="checkbox"/> 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>01.01.04</td> <td>31.03.26</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	01.01.04	31.03.26	<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>01.01.04</td> <td>31.03.26</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	01.01.04	31.03.26	<input type="checkbox"/> Heilfürsorge					
	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)																																		
<input checked="" type="checkbox"/> GKV	KVxy	01.01.04	31.03.26																																		
<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	01.01.04	31.03.26																																		
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge																																					
Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet? <input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer Beendigungsgrund:			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			Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein																																		
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 9.9.6 Ende (Tag/Monat/Jahr) 31.10.31 2.0.2.6			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) 2.6.10 1.2.0.0.3 Ende (Tag/Monat/Jahr) 31.10.31 2.0.2.6																																		
Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnsatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____			Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnsatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____																																		
Tagelgeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagelgeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagelgeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagelgeldhöhe _____ Versicherer _____			Tagelgeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagelgeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagelgeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagelgeldhöhe _____ Versicherer _____																																		
Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) 6 5 9 18 7 16 3 12 5 14 8 8 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			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																																		
Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitversichernde Kinder/Jugendliche) 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 beträgt (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 565 EUR <input type="checkbox"/> über 565 EUR bis 603 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input checked="" type="checkbox"/> über 603 EUR <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitversichernde Ehegatten/eingetragene Lebenspartner) 1. 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 _____ (Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise“ und dort „Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung“ – ist einzureichen) Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in/eingetragenen Lebenspartners/-in beträgt (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 565 EUR <input type="checkbox"/> über 565 EUR bis 603 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> über 603 EUR <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. Trifft 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>3/09-lfd.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Brille</u>	<u>nein/keine</u>
	<u>3 Grippe</u>	<u>01/2023</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Inhalation</u>	<u>nein/keine</u>
2. Person	<u>3 gynäkologische Vorsorge</u>	<u>4.10.23</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Vorsorge</u>	<u>o. B.</u>

21001479 (04.26)

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 Person	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen			Fachrichtung
	<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					
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.). <p>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.</p>					
<p>1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
<p>1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit</p> <p>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.</p>					
<p>2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten</p> <p>2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 					
<p>2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
<p>3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers</p> <p>Wir, der Versicherer, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p> <p>3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
<p>3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</p> <p>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.</p>					



21001479 (04.26)

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 förderlich, sodass wir auf Grundlage der nächstehenden 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 mitzuversichernder Personen

X

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



21001479 (04.26)

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 Zulagennummer 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 Pflegepflichtversicherung 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 Zulagennummer 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/ergänzung bezogen auf den Tarif GEPV (Pflege-Bahr))
 Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde
Datum (Tag/Monat/Jahr) 16 | 03 | 2026
Unterschrift Antragsteller/-in, Versicherungsnehmer/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter
Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

X Ich bestätige, dass die Angaben der mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen (frühestens mit Alter 16) **X**
X und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen **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

Einwilligung zur Beantragung der KVNR

Wozu dieses Dokument?

Anders als für gesetzliche Krankenversicherungen benötigt Ihre private Krankenversicherung zur Vergabe einer KVNR eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung, da unter anderem das Versicherungsvertragsgesetz, die EU-Datenschutzgrundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz oder das fünfte Sozialgesetzbuch keine ausreichenden Rechtsgrundlagen zur Verarbeitung Ihrer Daten zum Zweck der Vergabe einer KVNR vorsehen. Welche Daten verarbeitet werden, können Sie den „Datenschutzhinweisen für die Beantragung und Vergabe der Krankenversicherernummer (KVNR) und Meldungen im Implantateregister“, abrufbar unter www.axa.de/datenschutz sowie nachstehend entnehmen.

Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI)

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer:innen (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

Krankenversicherernummer (KVNR)

Für den Zugang zur TI ist eine kontaktlose digitale Identität nach § 291 fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR. Auch für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme (z. B. bei Brustimplantaten, Herzklappen, Hüftprothesen u.a.) wird nach § 17 Implantateregistrierungsgesetz (IRegG) eine KVNR benötigt. Wenn Sie noch keine KVNR haben, lassen wir diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversicherernummer/>. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle abzugleichen. Da die Vergabe bzw. der Abgleich der KVNR auf der Grundlage der RVNR erfolgt, ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln. Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden. Sofern eine RVNR vorhanden ist, rufen wir diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. In beiden Fällen ist es erforderlich, dass wir folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln:

Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt.

Die vorangestellten Erklärungen ermöglichen den Abgleich bzw. die Vergabe der RVNR und der KVNR und umfassen nicht die weitere Datenverarbeitung z. B. die Verwendung der KVNR für die konkrete Nutzung der Anwendungen der TI. Dies bedarf einer gesonderten Rechtsgrundlage, über welche an entsprechender Stelle gesondert informiert wird. Bitte beachten Sie, dass eine KVNR, die für eine implantatbezogene Behandlung eingeholt wurde, von Gesetzes wegen für Zwecke der Meldungen an das Implantateregister weiterhin verarbeitet werden muss. Ein Widerruf der Einwilligung wirkt sich nicht auf diesen Verarbeitungszweck aus. Im Übrigen weisen wir auf die Widerspruchsmöglichkeiten in den anderen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hin.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber AXA mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Einen Widerruf können Sie formlos erklären, zum Beispiel per Brief an AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per E-Mail an service@axa.de. Ein Widerruf kann allerdings zur Folge haben, dass es zukünftig bei der Nutzung von digitalen Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte oder dem E-Rezept zu Einschränkungen kommen kann oder diese nicht nutzbar sein werden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Ich willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, soweit deren Verarbeitung für die Vergabe bzw. den Abgleich der Versicherungsvergleiche erforderlich ist und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversicherernummer (VTS) tätigen Personen insoweit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Zudem willige ich mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit sie für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer bei der Deutschen Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Meine Schweigepflichtentbindung zu den in dieser Erklärung genannten Zwecken gilt auch im Falle meines Todes.

Erklärung für vertretene Personen

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

Zusätzliche Angaben

1. Person

Geburtsland: Deutschland

Geburtsort: München

Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)

Unterschriften

1. Person

Datum (Tag/Monat/Jahr) 16.03.2026

Unterschrift der zu versichernden Person – ggf. gesetzlicher Vertreter

X

2. Person

Geburtsland: Deutschland

Geburtsort: München

Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)

2. Person

Datum (Tag/Monat/Jahr) 16.03.2026

Unterschrift der zu versichernden Person – ggf. gesetzlicher Vertreter

X

Das **Geburtsland** und der **Geburtsort** müssen für alle versicherten Personen, für die eine KVNR beantragt werden soll, angegeben werden. Ansonsten ist keine KVNR-Beantragung möglich.

Wenn die versicherte Person, für die eine KVNR beantragt werden soll, Geschwister hat, die am gleichen Tag geboren sind, wie z.B. bei Zwillingen, Drillingen usw., muss dieses Feld angekreuzt werden.

Die **KVNR-Beantragung ist freiwillig**. Die Angabe der obigen Felder sowie die Unterschrift ist nur erforderlich, wenn für die entsprechende versicherte Person eine KVNR beantragt werden soll.



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.		2. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP2 _____ Beihilfevorschrift**) VP2 _____		Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat _____ 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 Tarifleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (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 von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Wo? _____ 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 Antragsteller/-in 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“.		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.	
Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWFH (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.		* 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.	



21013948 (04.26)

Hinweise für die Antragsaufnahme

	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name Mustermann	Vorname Hans																																																				
Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-N bzw. Vision B-U, BN3 bzw. BN3/1-N bzw. BN3/1-U, BN3/2-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 angepasst 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, BN3/1-U, BN3/2-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; font-size: 0.8em;"> <tr> <th>Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-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, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</th> </tr> <tr> <td colspan="4">mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:</td> </tr> <tr> <td>00</td><td>7,00 EUR</td><td>30</td><td>2,10 EUR</td> </tr> <tr> <td>50-U, 50T</td><td></td><td>35</td><td>2,45 EUR</td> </tr> <tr> <td>50-NT, 50T-U</td><td>3,50 EUR</td><td>35</td><td>2,45 EUR</td> </tr> <tr> <td>30</td><td>2,10 EUR</td><td>40</td><td>2,80 EUR</td> </tr> <tr> <td>20</td><td>1,40 EUR</td><td>40</td><td>2,80 EUR</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>1,05 EUR</td><td>45</td><td>3,15 EUR</td> </tr> <tr> <td>10</td><td>0,70 EUR</td><td>45</td><td>3,15 EUR</td> </tr> <tr> <td>20 15</td><td>1,40 EUR</td><td>50</td><td>3,50 EUR</td> </tr> <tr> <td>25 15</td><td>1,75 EUR</td><td>50</td><td>3,50 EUR</td> </tr> <tr> <td>25</td><td>1,75 EUR</td><td>50</td><td>3,50 EUR</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>0,80 EUR</td> </tr> </table>	Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:				00	7,00 EUR	30	2,10 EUR	50-U, 50T		35	2,45 EUR	50-NT, 50T-U	3,50 EUR	35	2,45 EUR	30	2,10 EUR	40	2,80 EUR	20	1,40 EUR	40	2,80 EUR	15	1,05 EUR	45	3,15 EUR	10	0,70 EUR	45	3,15 EUR	20 15	1,40 EUR	50	3,50 EUR	25 15	1,75 EUR	50	3,50 EUR	25	1,75 EUR	50	3,50 EUR				0,80 EUR	<p>(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.)</p> <p>Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.</p>	
Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U	Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N																																																				
mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:																																																							
00	7,00 EUR	30	2,10 EUR																																																				
50-U, 50T		35	2,45 EUR																																																				
50-NT, 50T-U	3,50 EUR	35	2,45 EUR																																																				
30	2,10 EUR	40	2,80 EUR																																																				
20	1,40 EUR	40	2,80 EUR																																																				
15	1,05 EUR	45	3,15 EUR																																																				
10	0,70 EUR	45	3,15 EUR																																																				
20 15	1,40 EUR	50	3,50 EUR																																																				
25 15	1,75 EUR	50	3,50 EUR																																																				
25	1,75 EUR	50	3,50 EUR																																																				
			0,80 EUR																																																				
Bei Abschluss des Tarif VIALife	Es ist vereinbart, dass die nachfolgend genannte Fehlsichtigkeit bei Ausübung der Optionsrechte und Umstellung in den/die Zieltarif(e) zu einem Beitragszuschlag oder einer Leistungseinschränkung oder einem Leistungsausschluss führt, wenn Ihr gewünschter Zieltarif dies vorsieht. Dioptrin-Wert (links) _____ Dioptrin-Wert (rechts) _____																																																						
Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen	Unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht die private Krankenversicherung (PKV) Beamten, Beamten auf Widerruf (z. B. Referendare, Beamtenanwärter), Beamteneinsteiger und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung über die sogenannten Öffnungsaktionen (nähere Informationen finden Sie im Internetaufruf des PKV-Verbandes https://www.pkv.de/service/broschueren/). Dieser erleichterte Zugang bedeutet einen Annahmewang 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 Öffnungsaktionen 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 Öffnungsaktionen gestellt, gehen wir davon aus, dass Sie von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollen bzw. können.																																																						
Unterschriften	<input type="checkbox"/> Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde Datum (Tag/Monat/Jahr) _____																																																						
	<input checked="" type="checkbox"/> Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde Datum (Tag/Monat/Jahr) _____																																																						
	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																																																						
	<p>*) Beihilfestatus</p> <p>B = Beihilfeberechtigte/-r V = Versorgungsempfänger/-in V90Sa = Versorgungsempfänger mit mehr als 1 Kind (auf Dauer 90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024</p> <p>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)</p> <p>E70Sa = Berücks. Ehegatte mit (Befreiung von) GKV-Pflicht der Rentner (70 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024</p> <p>E90Sa = Berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024</p> <p>K = berücksichtigungsfähiges Kind K3 = Berücksichtigungsfähiges Kind (mit mehr als 2 Kindern in der Familie) (Schleswig-Holstein)</p> <p>K90Sa = Berücksichtigungsfähiges Kind (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024</p> <p>H = (Freie) Heilfürsorge</p> <p>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</p> <p>H1 = Heilfürsorgeberechtigte/-r /1 Kind (Sachsen ab 01.01.2024) H2-Sa = Heilfürsorgeberechtigte/-r mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013</p> <p>B3 = Beihilfeberechtigte/-r mit ehemals mind. 3 berücksichtigungsfähigen Kindern+Verbeamtung bis 31.12.2012</p> <p>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)</p>																																																						
	<p>Bei Inanspruchnahme Pauschal-Beihilfe (Aktuell Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen): Bzu = Beihilfeberechtigte/-r MIT Zuschuss Vzu = Versorgungsempfänger/-in MIT Zuschuss Ezu = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in Kzu = Berücksichtigungsfähiges Kind B2zu = Beihilfeberechtigte/-r mehr als 1 Kind MIT Zuschuss</p> <p>Bei Angestellten: AZ = Angestellte/-r mit Zuschuss AZ2 = Ang. mit Zuschuss/2 Kinder A = Angestellte/-r ohne Zuschuss A2 = Angestellte/-r ohne Zuschuss/2 Kinder EAZ = Ehegatte einer/-s Angestellten mit Zuschuss EA = Ehegatte einer/-s Angestellten ohne Zuschuss KAZ = Kind einer/-s Angestellten mit Zuschuss KA = Kind einer/-s Angestellten ohne Zuschuss</p>																																																						
	<p>**) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhiPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?</p>																																																						
	<p>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.</p>																																																						
																																																							
	21013948 (04.26)																																																						

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
16.03.2026

für
Hans Mustermann

Vers.-Nummer

OE/Sachbearbeiter

Datum (Tag/Monat/Jahr)

16.03.2026

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!

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. 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.
- 4. 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
- 5. 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.
- 6. 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
- 7. 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

1.6.10.3.12.0.2.6



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 . 1978

Straße, Hausnummer M.U.S.T.E.R.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.I.T.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 . 2026 _____

Unterschrift(en) H.A.N.S.M.U.S.T.E.R.M.A.N.N.



21009723 (04.18)