

Antrag auf Krankenversicherung

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.

■ Es betreut Sie:



Antragsteller/-in Name Vorname
 Versicherungsnehmer/-in

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.

Antragsteller/Versicherungsnehmer

1. Person	2. Person
Steuer-ID (11-stellig)	Steuer-ID (11-stellig)
_____	_____

Datenübermittlung Arbeitgeberzuschuss/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)

Für den Gesamtvertrag **oder** für einzelne Personen: 1. Person 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)

Für den Gesamtvertrag **oder** für einzelne Personen: 1. Person 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 _____ BIC _____

Antragsteller ist Beitragszahler und beigefügtes/bestehendes SEPA-Lastschriftmandat soll genutzt werden.
 Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Beitragszahler

Name _____ Vorname _____

monatlich (1. des Monats) monatlich (15. des Monats) 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Versicherungsbeginn	1. Person	Datum (Tag/Monat/Jahr)	2. Person	Datum (Tag/Monat/Jahr)
		_____		_____

Welche Tarife sollen versichert werden?	1. Person			2. Person		
	Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag	Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1. Person Summe			2. Person Summe		
	* Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)	_____	_____	* Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)	_____	_____

Gesamtbeitrag für alle Personen (inkl. gesetzlichem Zuschlag): _____

Für Tarif Vision B Bitte die Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten 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 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte angeben	Wenn ja, bitte angeben
Name _____ Straße, Haus-Nr. _____	Name _____ Straße, Haus-Nr. _____
PLZ _____ Ort _____	PLZ _____ Ort _____
Seit wann sind Sie dort Patient/in? _____ Monat/Jahr _____	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!“) _____ Wochen	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!“) _____ Wochen
Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein	Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein	



**Vorversicherungen
(bitte lückenlose
Angabe)**

1.) Krankenversicherung oder Absicherung durch Heilfürsorge

Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenversicherung oder eine Absicherung durch Heilfürsorge? ja nein
Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.

	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
<input type="checkbox"/> GKV			
<input type="checkbox"/> PKV			
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge			

Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet?

Versicherungsnehmer Versicherer

Beendigungsgrund:

Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? ja nein

1.) Krankenversicherung oder Absicherung durch Heilfürsorge

Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenversicherung oder eine Absicherung durch Heilfürsorge? ja nein
Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.

	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
<input type="checkbox"/> GKV			
<input type="checkbox"/> PKV			
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge			

Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet?

Versicherungsnehmer Versicherer

Beendigungsgrund:

Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? ja nein

**Vorversicherungen
(bitte lückenlose
Angabe)**

**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 _____

Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
_____	_____

**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 _____

Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
_____	_____

**Weiterhin bestehende
ungekündigte
Versicherungen**

Zusatzversicherungen
(z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz)

Versicherungsart	Versicherer
_____	_____

Tagegeldversicherungen
(z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflege-
taggeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagesgeldhöhe angeben.

Versicherungsart	Tagesgeldhöhe	Versicherer
_____	_____	_____

Zusatzversicherungen
(z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz)

Versicherungsart	Versicherer
_____	_____

Tagegeldversicherungen
(z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflege-
taggeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagesgeldhöhe angeben.

Versicherungsart	Tagesgeldhöhe	Versicherer
_____	_____	_____

**Nur anzugeben/
zu beantworten,
wenn der Tarif
GEPV (PflegeBahr)
beantragt wird**

Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) _____

Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? ja nein

Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) _____

Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? ja nein

**Fragen zur
beantragten
Pflegepflicht-
versicherung
(Für mitzuver-
sichernde 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“)

- Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
- bis 565 EUR über 565 EUR bis 603 EUR über 603 EUR
- Geringfügige Beschäftigung? ja nein

**Fragen zur
beantragten
Pflegepflicht-
versicherung
(Für mitzuver-
sichernde Ehegat-
ten/eingetragene
Lebenspartner)**

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 ja 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	Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in
_____	_____
von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____	von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____
Versicherungsunternehmen _____	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!“)

- Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
- bis 565 EUR über 565 EUR bis 603 EUR über 603 EUR
- Geringfügige Beschäftigung? ja nein



Angaben zum Gesundheitszustand

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
1. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte geben Sie die Dioptrien an.	L <input type="text"/>	R <input type="text"/>	L <input type="text"/>	R <input type="text"/>
2. Wurden Sie untersucht, behandelt oder beraten?				
a. In den letzten 3 Jahren – ambulant ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. In den letzten 5 Jahren – stationär (für ActiveMe-U(A) in den letzten 6 Jahren)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. In den letzten 5 Jahren – wegen psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (für ActiveMe-U(A) in den letzten 8 Jahren)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d. Ist eine Untersuchung oder Behandlung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Arzneimittel für länger als 6 Wochen verordnet, eingenommen oder angewendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen Sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Abhängigkeit von Arzneimitteln, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Liegt eine HIV-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und Optionstarife

8. Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind? Bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl <input type="text"/>	Anzahl <input type="text"/>		
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)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8b. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Antragsteller/von der Antragstellerin und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.

1. Person

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?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname		
Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen	vers. zu Person Frage	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Fachrichtung	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen/ Vereinbarungen	<input type="text"/>			

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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der 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: DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, 65172 Wiesbaden oder per E-Mail an info@dbv.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 Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen 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 Heilberufs 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.



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.dbv.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 Schweigepflichtentbindung. 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 Auskunftfeien

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 Auskunftfeien 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 nachstehenden 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 Auskunftfeien (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 Auskunftfeien 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



**Einwilligung
zur Beantragung
der KVNR**

Wozu dieses Dokument?

Anders als für gesetzliche Krankenversicherungen benötigt Ihre private Krankenversicherung zur Vergabe einer KVNR eine Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung, 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 Krankenversichertennummer (KVNR) und Meldungen im Implantateregister“, abrufbar unter www.dbv.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.

Krankenversichertennummer (KVNR)

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose 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 Implantateregistergesetz (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-krankenversichertennummer/>. 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.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Schweigepflichtenbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der DBV mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Einen Widerruf können sie formlos erklären, zum Beispiel per Brief an DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, 65172 Wiesbaden oder per E-Mail an service@dbv.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. 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.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtenbindung

Ich willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, soweit deren Verarbeitung für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer (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 Schweigepflichtenbindung 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:

Geburtsort:

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

2. Person

Geburtsland:

Geburtsort:

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

Unterschriften

1. Person

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der zu versichernden Person – ggf. gesetzlicher Vertreter

X

2. Person

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der zu versichernden Person – ggf. gesetzlicher Vertreter

X



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

	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch	1. Person		2. Person
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP1 Beihilfevorschrift**) VP1 _____		<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) _____		Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____
Nur für Beamte der Deutschen Bundesbahn und deren Familien- angehörige	Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat Jahr _____		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)		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/ Zeitsol- daten		Soldaten/ Zeitsol- daten
	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) _____		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		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). _____		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? _____		Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____
Für Antrag- steller/-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 *. Sollte die Anwärter-/Referendarzeit zu einem anderen als im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ genannten Zeitpunkt enden, gilt das vorgenannte Einverständnis für den neuen, tatsächlichen Beendigungstermin 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 Beihilferegelung 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 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.	



Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name

Vorname

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-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ

Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen)

Name, Vorname der zu versichernden Person

Nichtraucher/-in Raucher/-in Sehhilfen

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.

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.

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 in

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
50-U, 50T,	
50-NT, 50T-U	3,50 EUR
30	2,10 EUR
20	1,40 EUR
15	1,05 EUR
10	0,70 EUR
20 15	1,40 EUR
25 15	1,75 EUR
25	1,75 EUR

50	0,40 EUR
30	0,56 EUR
20	0,64 EUR
15	0,68 EUR
10	0,72 EUR
20	0,64 EUR
25	0,60 EUR
25	0,60 EUR

mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

30 15	2,10 EUR
35 20	2,45 EUR
35	2,45 EUR
40 25	2,80 EUR
40	2,80 EUR
45 30	3,15 EUR
45	3,15 EUR
50 35	3,50 EUR
50	3,50 EUR

30	0,56 EUR
35	0,52 EUR
35	0,52 EUR
40	0,48 EUR
40	0,48 EUR
45	0,44 EUR
45	0,44 EUR
50	0,40 EUR
50	0,40 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.

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), Beamtenanfänger und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung über die sogenannten Öffnungsaktionen (nähere Informationen finden Sie im Internetauftritt 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

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | | |

Datum (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | | |

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

X

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)

- 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
- 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

****) Beihilfavorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhlPf, 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.



Bitte in Blockschrift ausfüllen

zum Antrag vom	für	
Vers.-Nummer	OE/Sachbearbeiter	Datum (Tag/Monat/Jahr)

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)	

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 in 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 in 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 in 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.



Wichtige Erklärungen des Antragstellers/ der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Bei Beantragung einer Verdienstaussfall-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch das versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

Bestätigung zum Einkommen

Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern

- für Arbeiter/-innen/Angestellte:
Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegepflichtversicherung (Krankheitskostenvollversicherung)
Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld (Zusatzversicherung)
- Selbstständige/Freiberufler einschließlich selbstständige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen:
80% des Gewinns vor Steuern (Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten [wie z. B. Löhne, Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Kapitalerträge] etc. können nicht berücksichtigt werden).

Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 EStG. Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammengerechnet (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten usw.). Als Einkommensgrenze gilt hier die jeweilige Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Abs. 1, 1a SGB IV (ab 01.2026 voraussichtlich 603 Euro/Monat [Kenntnisstand 10.2025]), wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten die jeweilige Einkommensgrenze für Familienversicherung nach §§ 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI (ab 01.01.2026 voraussichtlich 565 Euro/Monat [Kenntnisstand 10.2025]).

Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge **nicht abzuziehen**: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig.

Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsent-schädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsent-schädigung erreicht worden wäre.

Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungs-geld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner auf 150 % des PPV-Beitrags bzw. die Beitragsfreiheit für Kinder kann nur dann gewährt werden, wenn das Gesamteinkommen eines Ehe-/Lebenspartners/des Kindes die Einkommensgrenze (s.o.) nicht überschreitet. Als Lebenspartnerschaft bezeichnet man in Deutschland die gesetzlich geregelte und durch Eintragung bei einer staatlichen Stelle begründete Form des Zusammenlebens eines Paares, und die nur gleichgeschlechtlichen Paaren eine rechtliche Absicherung ihrer Beziehung ermöglicht.

Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung

Fremdversicherungsnachweis für allein versicherte Kinder und/oder allein versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist ein Kind oder ein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner allein bei AXA bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG pflegepflichtversichert, ist eine Versicherungsbescheinigung für das bei einer anderen privaten Versicherung pflegepflichtversicherte Elternteil bzw. den/die Ehegatten/-in/eingetragene/n Lebenspartner/-in vorzulegen. Aus dieser Bescheinigung muss der Versicherungsbeginn und das Fortbestehen der dortigen Pflegepflichtversicherung hervorgehen. Eine bestehende Anwartschaftsversicherung kann nicht berücksichtigt werden. Als Versicherungsnachweis ist eine Kopie des Versicherungsscheines o. ä. nicht ausreichend.

Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Eine Voraussetzung zur Erlangung der Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner ist das ununterbrochene Bestehen einer privaten Pflegepflichtversicherung seit dem 01. 01. 1995 für mindestens einen der beiden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner.

Sondervertrag

Sofern auf Seite 1 des Antrages eine Sondervertragsnummer (SVNR) eingetragen wurde, handelt es sich bei diesem Antrag um eine Anmeldung zum entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag bzw. einen Antrag zum Empfehlungsvertrag für eine private Krankenversicherung. Die Sonderkonditionen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus oder wird der entsprechende Sondervertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht den Krankenversicherungsvertrag zu normalen Konditionen fortzuführen.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehegatten *, Lebenspartner *, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft ****, Geschwister **,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
- Verlobte ****,
- Verwandte und Verschwägerter gerader Linie */ **,
- Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister */ **,
- Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner */ **,
- Kinder der Geschwister **,
- Geschwister der Eltern **,
- Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft mit Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder) ***.

* auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartner-schaft nicht mehr besteht

** auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist

*** auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

**** Für die beiden Personenkreise „Verlobte“ und „eheähnliche oder lebenspartner-ähnliche Gemeinschaft“ empfehlen wir, einen eigenständigen Antrag mit den versicherten Personen als jeweiligen Versicherungsnehmer zu stellen, um eine Steuerfreiheit dauerhaft sicherzustellen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personen-bezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. B. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben. Die aktuelle Version dieser Informationen finden Sie unter www.axa.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Telefon: 0221/148 41002, E-Mail service@axa.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@axa.de

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Daten-schutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsver-tragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.axa.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschät-zung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhält-nisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesell-schaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorver-tragliche und vertragliche Zwecke und die Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertra-ges) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.



Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Softwaretests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich) sowie zur Bekämpfung von Datenmissbrauch,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch und auf mögliche Regressansprüche hinweisen können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten, unserer Beratungspflicht, in unseren internen Kontrollsystemen, zur Wirtschafts- und Steuerprüfung durch unabhängige Berater, Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung oder zur Beantwortung von Anfragen von Behörden oder anderer öffentlicher Stellen wie z. B. Gerichte. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO. Soweit in diesem Zusammenhang besondere Kategorien von Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO verarbeitet werden, dient hinsichtlich der Verarbeitung der Gesundheitsdaten Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g oder f DSGVO.

Soweit es für den jeweiligen Zweck ausreichend und rechtlich zulässig ist, pseudonymisieren und/oder anonymisieren wir Ihre personenbezogenen Daten. Eine Anonymisierung von personenbezogenen Daten findet insbesondere statt:

- für statistische Auswertungen und Auswertungen zur Geschäftssteuerung,
- für die Optimierung und Prüfung von softwaregestützten Datenverarbeitungen einschließlich technischer Fehlerbehebung,
- als Verfahren für die Löschung personenbezogener Daten, um unsere datenschutzrechtlichen Löschpflichten zu erfüllen;
- für die Durchführung von Hard- und/oder Softwaretests sowie fachlichen Abnahmetests und
- für die Zurverfügungstellung an unsere Dienstleister, Verbände und Forschungszentren

Abhängig von den oben genannten Zwecken ist die Rechtsgrundlage für die Pseudonymisierung bzw. Anonymisierung regelmäßig unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO), die Umsetzung einer gesetzlichen Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) oder die Erfüllung des Vertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Im Falle einer zweckändernden Nutzung stellen wir sicher, dass die Anonymisierung mit dem ursprünglichen Zweck der Datenverarbeitung vereinbar und zulässig ist (Art. 6 Abs. 4 DSGVO i. V. m. der ursprünglichen Rechtsgrundlage). Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Für die Pseudonymisierung und/oder Anonymisierung besonderer Kategorien personenbezogener Daten dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u. a. auf unserer Webseite (www.axa.de/datenschutz) zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Vermittler:in

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem/einer Vermittler:in betreut werden, werden dort die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten verarbeitet. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, soweit die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt werden.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/ Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten, z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden. Sind Sie in einem Versicherungsvertrag nicht selbst Versicherungsnehmer, sondern mitversicherte Person, ist es in bestimmten Einzelfällen erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer zu übermitteln. Hierzu gehören beispielsweise die geschätzten Kosten einer bestimmten Heilbehandlung. Als Rechtsgrundlage für die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Versicherungsnehmer dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO, letzterer verbunden mit der gesetzlichen Vorgabe z.B. § 192 Abs. 8 S. 1 VVG.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW,
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten, mit dem von Ihnen im Antrag benannten, früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes). Nähere Informationen können online unter www.schufa.de/datenschutz bzw. online unter www.creditreform.de/koeln/daten-schutz eingesehen werden.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter einer Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie bei uns als Versicherter an. Hierbei teilt er uns Angaben wie z. B. Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Wo führen wir Scoring und Profiling außerhalb von Bonitätsprüfungen durch?

Sowohl bei der Antragstellung als auch bei der Durchführung Ihres Vertrages nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Analyse (z. B. von erforderlichen Beitragsanpassungen, für Angebote bestimmter gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen) und Erstellung eines konkreten Risikoprofils, in Einzelfällen auch zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitswerten (sog. Scores). Die Analyse erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtung oder verfolgt den Zweck, unsere Produkte für Sie zu optimieren und im Einzelfall kostengünstiger für Sie anbieten zu können. Als Rechtsgrundlage für die Profilbildung und Scoreermittlung dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b, c und f DSGVO. Die AXA verfolgt als berechtigtes Interesse das Ziel Risiken zu vermindern, Produkte zu optimieren und möglichst individuelle Angebote und Ergänzungsangebote für Sie zur Verfügung zu stellen. Soweit wir zu diesem Zwecke Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten, dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen hinsichtlich der Ermittlung geeigneter Angebote zur Gesundheitsvorsorge Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.



Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von vorher festgelegten Regeln geprüft. Einzelheiten über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung hängen vom konkreten Einzelfall ab. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Als Rechtsgrundlage für die Durchführung automatisierter Einzelfallentscheidungen dienen Art. 13 Code of Conduct der Versicherungswirtschaft i.V.m. Art. 40 DS-GVO, § 37 BDSG sowie Art. 6 Abs. 1 lit. b und f bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den/die Kontoinhaber/-in, die IBAN, die BIC und die Bankverbindung mit.

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65172 Wiesbaden
Internet: www.DBV.de
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident.-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr.: 810/V90810030208
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Irina Buchmann,
Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Kayum Guerrero, Daniela-Carina Pohl.



Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder Körperimplantate, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Leistungsausschluss enthalten, erlischt für die ausgeschlossenen Umstände rückwirkend der Versicherungsschutz

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Übersicht der Dienstleister im AXA Konzern

Stand 01.10.2025

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen

<ul style="list-style-type: none"> – AXA Customer Care GmbH – AXA easy Versicherung AG – AXA Direktberatung GmbH – AXA Konzern AG – AXA Krankenversicherung AG – AXA Lebensversicherung AG – AXA Versicherung AG 	<ul style="list-style-type: none"> – AXA Services & Direct Solutions GmbH – AGER Lebensversicherung AG – Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG – Deutsche Ärzteversicherung AG – E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG 	<ul style="list-style-type: none"> – Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung – ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG – winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
---	---	---

Dienstleister, deren Hauptgegenstand des Auftrags die Datenverarbeitung ist (Einzelnennung)

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung
AXA Group Operations Germany GmbH	Betrieb des Rechenzentrums
AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen
AXA Konzern AG	Bearbeitung von Anträgen, Verträgen, Leistungen und Regressen, Betreuung der Vermittler:innen
AXA Logistik & Service GmbH	Bearbeitung von Post, Anträgen, Verträgen und Leistungen
AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Bearbeitung von Vorgängen
GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittler:innen und Dienstleister:innen
GIE AXA	Hosting, Datenselektionen
unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb von Online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)

AXA Krankenversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten
MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Bearbeitung von Leistungen aus Auslandsreisekrankenversicherungen
ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement
HMM Deutschland GmbH	Prüfung von Leistungen
ViaMed GmbH	Prüfung von Leistungen

AXA Lebensversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Anforderung medizinischer Auskünfte
Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolichen
SP Consult AG	Bearbeitung von Anträgen und Leistungen, Verwaltung von Beständen



AXA Versicherung AG inkl. DBV Deutsche Beamtenversicherung Zweigniederlassung/Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Zweigniederlassung/AXA easy Versicherung AG

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Telefonischer Kundendienst
April Deutschland AG	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Inhaber:in von Kreditkarten, Verwaltung von Beständen, Bearbeitung von Leistungen für KFZ-Versicherungen von Mietwagen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden
Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen
ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen
Versicherungsforen medi-part GmbH	Bearbeitung von Leistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die Dienstleistung durch viele verschiedene Dienstleister erfolgt
Alle Konzerngesellschaften

Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Adressermittler:in	Prüfung von Adressen
Aktenlager	Lagerung von Akten
Assekuradeure	Assekurateurdienstleistungen
Assisteure	Assistanceleistungen
Ermittler:in/Unfallanalytiker:in	Betrugsabwehr
Entsorgungsunternehmen	Beseitigung von Abfällen
Gutachter:in/med. Expert:in/Berater:in	Prüfung von Anträgen, Leistungen, Regressen, Beratung
Inkassounternehmen/ Auskunfteien	Bearbeitung von Forderungen, Existenznachweis, Bonitätsauskünfte, Hinweis- und Informationssystem („HIS“)
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von Systemen/Anwendungen/Onlineservices
Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Analysen der Kundenzufriedenheit
Rechtsanwaltskanzleien	Einzug von Forderungen, Rechtsstreitigkeiten, Beschaffung von Ermittlungsakten, sonstige Rechtsdienstleistungen
Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement
Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Reparatur von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen
Routenplaner:in	Schadenbearbeitung/Terminplanung
Rückversicherer	Monitoring
Service-Gesellschaften	Bearbeitung von Leistungen und Beständen im Massengeschäft (techn. Versicherungen)
Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in besonderen Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung
Vermittler:in	Bearbeitung von Anträgen, Leistungen und Schäden, Beratung

AXA Krankenversicherung AG

Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln

Eine aktuelle Version dieser Übersicht der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.dbv.de/Datenschutz.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie sich mit einem Widerspruch an uns wenden.



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 Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097
Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) . .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

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

Unterschrift(en) _____



Antwort

AXA Konzern AG
SEPA-Lastschriftmandat
Postfach 92 01 13
51151 Köln

