

Bitte in Blockschrift ausfüllen

- Garantie** Unter folgenden Voraussetzungen garantieren wir Ihnen für Ihr neugeborenes Kind Versicherungsschutz ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung.
- Die Anmeldung zur Versicherung muss spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt erfolgen.
 - Der Versicherungsbeginn ist der Geburtstag.
 - Ein Elternteil muss am Tage der Geburt mindestens seit drei Monaten bei uns krankenversichert sein.
 - Der Versicherungsantrag des Elternteils angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.
 - Der Versicherungsschutz Ihres Kindes darf nicht umfassender sein als der des höherversicherten Elternteils.
 - Es darf aber für Ihr Kind ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherten Elternteile.

**Vom Vermittler
auszufüllen**

NL/VD	BD	AB	Verm. Nr.	Org.KZ	Motiv	☐ PV	☐ AF		☐ Neu-antrag
						☐ ÖD	☐ GM		☐ Änderungsantrag
						GSG	ZUW	SVNR	
Interne Vermittlernummer									

**Versicherungs-
nehmer/-in**

Versicherungsnummer	
Name	Vorname
Straße, Haus-Nr.	
PLZ	Ort

**Versicherungs-
umfang
des Elternteils**

Tarife

**Für Eltern im
öffentlichen
Dienst (Beamte/
Arbeitnehmer)
und deren berück-
sichtigungsfähigen
Angehörigen**

(Bitte zutreffendes ankreuzen / ergänzen, wenn sich (je nach geltender Beihilfeverordnung) der Beihilfebemessungssatz und/oder das Beihilfeland wegen Geburt eines Kindes für eine oder mehrere bereits versicherte Personen ändert. Im Zweifelsfall bitte bei der Beihilfestelle nachfragen.)

Es gilt die Beihilfeverordnung ☐ des Bundes ☐ des Landes ☐ Beihilfeland (bitte ergänzen)

Für _____ (Anzahl) Personen besteht Anspruch auf Beihilfe (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen), davon _____ (Anzahl) Kinder.

Hiermit beantrage ich die Anpassung der tariflichen Erstattungssätze

für die beihilfeberechtigte Person

Name	Vorname
------	---------

wegen Änderung des Bemessungssatzes zum _____ (i. d. R. der 1. des Geburtsmonats)

- auf ☐ 70% wegen ☐ Geburt des ersten Kindes und Berücksichtigung im Familienzuschlag der Besoldung (für Sachsen) bzw.
☐ Geburt des zweiten Kindes und Berücksichtigung im Familienzuschlag der Besoldung bzw.
☐ Elternzeit und Anspruch auf Beihilfe als berücksichtigungsfähige/-r Ehe- bzw. eingetragene/-r Lebenspartner/-in – in dieser Zeit gilt die Beihilfe ☐ des Bundes oder ☐ des Landes (Beihilfeland bitte ergänzen)

--

vom _____ bis vsl. _____ bzw.

- ☐ Elternzeit nach Geburt des ersten Kindes
vom _____ bis vsl. _____ oder

auf ☐ 90% wegen Geburt des zweiten Kindes und Berücksichtigung im Familienzuschlag der Besoldung (für Sachsen) oder

auf _____ % ambulant bzw. _____ % stationär (für Bremen (betrifft nur Versorgungsempfänger:innen), Hessen) wegen Geburt eines Kindes und Berücksichtigung im Familienzuschlag der Besoldung.

für die mitversicherte/-n Angehörige/-n

Name	Vorname
Name	Vorname

wegen Änderung des Bemessungssatzes zum _____

- auf ☐ 90% für den/die Ehe-/eingetragene/-n Lebenspartner:in (für Sachsen bzw. bei mehr als einem Kind für Schleswig-Holstein) bzw.
auf ☐ 90% für das/die Kind/-er (für Sachsen bzw. bei mehr als zwei Kindern für Schleswig-Holstein) bzw.
auf _____ % ambulant bzw. _____ % stationär (für Bremen, Hessen).



Angaben zum Kind	Name	Vorname	
	Geburtsdatum	☐ männlich ☐ weiblich	
Gewünschter Versicherungsumfang, bitte hier auch die Pflegepflichtversicherung, Tarife PVN und PVB, angeben	Tarife	Monatsbeitrag in EUR	Monatsbeitrag in EUR
Gesamtmonatsbeitrag			

Hinweis
 Wird ein von den Eltern abweichender Versicherungsschutz beantragt, dann bitte mit dem Antrag, das Beratungsprotokoll einreichen.

Angaben zum Gesundheitszustand	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. Muss nur beantwortet werden, wenn für das Kind ein anderweitiger oder höherwertiger Zahnschutz gewünscht wird, als für die Eltern besteht. Besteht eine Kieferanomalie oder Kieferfehlstellung? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

Ausgehändigte Unterlagen	☐ Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten. (Nur notwendig, wenn Tarife ungleich der Tarife eines Elternteils)
Information zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer für Ihr Kind	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. Steuer-ID-Nr. (11-stellig) des Kindes

Datenübermittlung Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen	Ab dem Jahr 2026 ist es gesetzlich vorgeschrieben, die Beitragswerte für private Kranken- und Pflegeversicherungen elektronisch an die Finanzbehörden (ELStAM-Datenbank) zu melden. Dies ermöglicht die Gewährung eines steuerfreien Arbeitgeberzuschusses (auch für mitversicherte Familienangehörige) 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)
	☐ Widerspruch für Ihr Kind
	Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung für die steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen im Lohnsteuerabzugsverfahren nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG (Bescheinigung für das Lohnsteuerabzugsverfahren)
	☐ Widerspruch für Ihr Kind
	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.

Unterschrift	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass diese Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die obigen Angaben vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.	
	Ort, Datum 	Unterschrift Antragsteller/-in/ggf. gesetzlicher Vertreter



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.

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 · Versicherungsnummern: 810/V90810030208
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Irina Buchmann,
Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Daniela-Carina Pohl.

