



# **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes über eine Krankenzusatzversicherung im Rahmen einer Gruppenversicherung der betrieblichen Krankenversicherung**

## **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes**

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten.

Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigelegt.

Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post oder als Anhang einer E-Mail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam.

Über den Zugang werden wir Sie informieren.

■ Es betreut Sie:





|                          |        |       |                                                                                                                    |     |     |                         |                     |
|--------------------------|--------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------------------|---------------------|
| Orga-/Agenturnummer      | Org.KZ | Motiv | <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF<br><input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM | GSG | ZUW | Gruppenversicherung-Nr. | Versicherungsnummer |
| Interne Vermittlernummer |        |       |                                                                                                                    |     |     |                         |                     |

- ☐ Antragssteller und versicherte Person ist der in häuslicher Lebensgemeinschaft stehende Lebenspartner des Versicherten des Gruppenvertrages
- ☐ Antragssteller ist der Versicherte des Gruppenvertrages und versicherte Person ist dessen Ehegatte, eingetragener Lebenspartner oder ein Kind/Adoptivkind des Antragsstellers

|                                                                                            |      |  |                               |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|-------------------------------|--|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herr                                                              | Name |  | Vorname                       |  | Titel                 |  |
| <input type="checkbox"/> Frau                                                              |      |  |                               |  |                       |  |
| Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)                                                             |      |  | PLZ (1. Wohnsitz)             |  | Ort (1. Wohnsitz)     |  |
|                                                                                            |      |  |                               |  |                       |  |
| Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr. |      |  | PLZ                           |  | Wohnort               |  |
|                                                                                            |      |  |                               |  |                       |  |
| Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche                                         |      |  | Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) |  | Name des Arbeitgebers |  |
|                                                                                            |      |  |                               |  |                       |  |
| Telefon*                                                                                   |      |  | E-Mail*                       |  |                       |  |
|                                                                                            |      |  |                               |  |                       |  |

\* freiwillige Angabe

\* freiwillige Angabe

[illegible]

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

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

☐ ja    ☐ nein

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                       |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     | BIC                                   |                                       |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     | <input type="text"/>                  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Antragsteller ist Beitragszahler und beigefügtes/bestehendes SEPA-Lastschriftmandat soll genutzt werden.<br><input type="checkbox"/> Beitragszahler ist <b>nicht</b> Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) |                                                     |                                       |                                       |
| <b>Beitragszahler</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                                       |                                       |
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     | Vorname                               |                                       |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     | <input type="text"/>                  |                                       |
| <input type="checkbox"/> monatlich (1. des Monats)                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> monatlich (15. des Monats) | <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich | <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     | <input type="checkbox"/> jährlich     |                                       |

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Höhe des regelmäßigen **monatlichen** Bruttoeinkommens (Angestellte)/Gewinns vor Steuern (Selbstständige) in EUR | \_\_\_\_\_

und des **monatlichen** Nettoeinkommens (nur Angestellte) in EUR | \_\_\_\_\_  
(Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsseiten „Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!“)

Anspruch auf Gehaltsfortzahlung ☐ Ja, Wochen ☐ Nein



|                                                                                             | Antragsteller/-in<br>Versicherungsnehmer/-in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Name<br>_____                                                                                                                        | Vorname<br>_____                                                       |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|
| <b>Weiterhin bestehende ungekündigte Versicherungen</b>                                     | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV                                                                            | Name des Versicherers<br>_____                                         |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | <input type="checkbox"/> Deutsche Pflegepflichtversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                            | Vertragsnummer<br>_____                                                |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      | Versicherer<br>_____                                                   |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | <input type="checkbox"/> Tagesgeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Kurtarif).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      | Versicherungsart<br>_____                                              |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tagegeldhöhe<br>_____                                                                                                                | Name des Versicherers<br>_____                                         |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Angaben zum Gesundheitszustand</b>                                                       | <p>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.</p> <p><b>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.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                      | Größe _____ cm<br>Gewicht _____ kg                                     |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 1. Wurden Sie untersucht, behandelt oder beraten?<br>a. in den letzten 3 Jahren – ambulant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>b. in den letzten 5 Jahren – stationär? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>c. in den letzten 5 Jahren – wegen psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>d. Ist eine Untersuchung oder Behandlung angedacht oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ist eine Untersuchung oder Behandlung angedacht oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 2. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 3. Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Abhängigkeit von Arzneimitteln, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 4. Liegt eine HIV-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Nur für ambulante Zusatzversicherung zu beantworten</b>                                  | 5. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angedacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Nur für Tarife mit Zahnleistungen zu beantworten</b>                                     | 6. Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind?<br>(Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      | Anzahl _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 6a. Befinden Sie sich zurzeit in einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen oder kieferorthopädischen Behandlung bzw. Beratung oder ist eine solche angedacht oder beabsichtigt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | 6b. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | <b>Ist die Frage 6 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 Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen und das Einverständnis des Kunden einzuholen.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Ziffer der Frage</b> | <p>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 Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>zu Frage</th> <th>Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Körperimplantate</th> <th>behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr)</th> <th>Behandlungsart amb. stat.</th> <th>arbeitsunfähig ja nein</th> <th>Durchgeführte, angedachte oder beabsichtigte Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen, (Angabe von Arzneimitteln)</th> <th>Bestehen Folgen oder stehen Untersuchungsergebnisse aus? Wenn ja, welche?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                      |                                                                        | zu Frage                                          | Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Körperimplantate                                        | behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr)                                      | Behandlungsart amb. stat. | arbeitsunfähig ja nein | Durchgeführte, angedachte oder beabsichtigte Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen, (Angabe von Arzneimitteln) | Bestehen Folgen oder stehen Untersuchungsergebnisse aus? Wenn ja, welche? | _____ | _____ | _____ | <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"/> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <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"/> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <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"/> | _____ | _____ |
| zu Frage                                                                                    | Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Körperimplantate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr)                                                                                                 | Behandlungsart amb. stat.                                              | arbeitsunfähig ja nein                            | Durchgeführte, angedachte oder beabsichtigte Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen, (Angabe von Arzneimitteln) | Bestehen Folgen oder stehen Untersuchungsergebnisse aus? Wenn ja, welche? |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| _____                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                | <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"/> | _____                                                                                                                 | _____                                                                     |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| _____                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                | <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"/> | _____                                                                                                                 | _____                                                                     |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| _____                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                | <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"/> | _____                                                                                                                 | _____                                                                     |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen</b>     | zu Frage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen |                                                                        | Fachrichtungen                                    |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                |                                                                        | _____                                             |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                |                                                                        | _____                                             |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                |                                                                        | _____                                             |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
|                                                                                             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                                                                |                                                                        | _____                                             |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |
| <b>Bemerkungen/ Vereinbarungen</b>                                                          | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                        |                                                   |                                                                                                                       |                                                                           |                           |                        |                                                                                                                       |                                                                           |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |       |       |       |                                                   |                                                   |       |       |



## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG, 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. Assistenzgesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenkversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, betriebliche Krankenversicherung, 50592 Köln, E-Mail: [BKV-Antrag@axa.de](mailto:BKV-Antrag@axa.de). Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG (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 die AXA Krankenversicherung AG

**Ich willige ein,** dass die AXA Krankenversicherung AG 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 die AXA Krankenversicherung AG, 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 die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG 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 der AXA Krankenversicherung AG

Wir, die AXA Krankenversicherung AG, 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 die AXA Krankenversicherung AG 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 die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG 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.axa.de/datenschutz](http://www.axa.de/datenschutz) eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein,** dass die AXA Krankenversicherung AG 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 die AXA Krankenversicherung 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 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 die AXA Krankenversicherung AG 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. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.**

#### 5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten förderlich, sodass wir auf Grundlage der 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 Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.**

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

**Wichtig für  
Antragsteller/-in  
und zu  
versichernde  
Personen**

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

Mit Ihrer Unterschrift fordern Sie uns zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes zu dem von Ihnen gewünschten Krankenversicherungsschutz auf. Wir werden anhand der von Ihnen gemachten Angaben prüfen, ob wir Ihnen ein Ihren Wünschen entsprechendes Angebot unterbreiten können. Das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Ihnen kurzfristig mitteilen. Ergeben sich keine Hinderungsgründe, erhalten Sie unser Angebot in Form eines Versicherungsscheines. Müssen wir hinsichtlich des Umfangs des Versicherungsschutzes, Beitrag etc. von Ihren Vorgaben abweichen, werden wir Sie hierüber informieren und die Abweichungen kenntlich machen.

Bitte beachten Sie, dass durch die Übersendung des Angebots in Form eines Versicherungsscheines noch kein Vertrag zu Stande kommt. Für den Vertragsabschluss ist es erforderlich, dass Sie uns ein Exemplar des Angebotes bzw. die dem Angebot beigefügte Annahmeerklärung unterschrieben zurücksenden. Bitte prüfen Sie vor Absendung Ihrer Annahmeerklärung, ob die bisher von Ihnen gemachten Gesundheitsangaben vollständig und zutreffend sind. Über Fehler oder fehlende Angaben informieren Sie uns bitte. Zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen teilen Sie uns bitte ebenfalls mit. An unser verbindliches Angebot halten wir uns 14 Tage gebunden. Entscheiden Sie sich gegen unser Angebot, müssen Sie nichts veranlassen. Ein Vertrag kommt ohne Ihre ausdrückliche Annahmeerklärung nicht zu Stande.

Sie sind verpflichtet, Untersuchungen, Behandlungen sowie alle Veränderungen im Gesundheits- und Gebisszustand der zu versichernden Person(en), die bis zur Annahme des verbindlichen Angebotes eintreten, der AXA Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

**Information  
zur Verwendung  
Ihrer Daten**

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

**Datum,  
Unterschriften**

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

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

X

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 16)

X

X

und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

X



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

## Bestätigung zum Einkommen

Bei Anforderung eines Angebotes einer Verdienstausfall-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass das vereinbarte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch das versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

## Versicherbares Einkommen in der Krankentagegeldversicherung

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).

## Sondervertrag

Bei diesem Antrag handelt es sich um eine Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes im Rahmen der entsprechenden Gruppenversicherung des Geschäftsbereiches Betriebliche Krankenversicherung. Die Sonderkonditionen der Gruppenversicherung gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis dieses Vertrages zugehörig sind.

Wird die Gruppenversicherung von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht, den Vertrag zu Konditionen der Einzelversicherung fortzuführen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus dem Personenkreis der Gruppenversicherung unverzüglich zu unterrichten.

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

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten \*, Lebenspartner \*, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft \*\*, Geschwister \*\*,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte \*\*\*,
5. Verwandte und Verschwägte gerader Linie \*/ \*\*,
6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister \*/ \*\*,
7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner \*/ \*\*,
8. Kinder der Geschwister \*\*,
9. Geschwister der Eltern \*\*,
10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder) \*\*\*.

\* auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft 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 lebenspartnerschaftsähnliche 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 personenbezogenen 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](http://www.axa.de/datenschutz).

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

AXA Krankenversicherung AG  
bKV-Betrieb  
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln  
Telefon: 0221 148 33922  
E-Mail: [bkv-betrieb@axa.de](mailto:bkv-betrieb@axa.de)

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [datenschutz@axa.de](mailto:datenschutz@axa.de)

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

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (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](http://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 Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung 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-Gesellschaft 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 vorvertragliche 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 Krankenversicherungsvertrages) 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 berechnete 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 Versicherungsmissbrauch 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](http://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](http://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](http://www.schufa.de/datenschutz) bzw. online unter [www.creditreform.de/koeln/daten-schutz](http://www.creditreform.de/koeln/daten-schutz) eingesehen werden.

##### Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine 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.

## AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

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

### 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 Fondspolizen                                  |
| 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                                                          | Assekuradeurdienstleistungen                                                                                    |
| 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/ Auskunftsteien                                     | 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.AXA.de/Datenschutz](http://www.AXA.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

