



► Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

Allianz 



Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Die
Continental

DBV

DKV

Gothaer

Hallesche
ALH Gruppe

HanseMerkur

inter
VERSICHERUNGSGRUPPE

NÜRNBERGER
VERSICHERUNG

ottonova

R+V

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

SIGNAL IDUNA 

UKV

uniVersa

VER
SICHER
KAMMER
BAYERN

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 6.

01 Antragssteller (VN)
Herr Frau Divers
Geburtsdatum
Änderungsantrag
Name, Vorname
Straße, Nr., PLZ, Wohnort*
E-Mail**
Telefon mobil**
Telefon privat**
Familiennummer
Familienstand

Antragssteller (VN)

*Hauptwohnsitz oder Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag

**freiwillige Angabe (gilt nicht für E-Mail bei ottonova)

Tätigkeitsstatus
angestellt Beamter Beamtenanwärter Pauschale Beihilfe Bund Land
Beihilfesatz
amb. stat. Regelleistung stat. Wahlleistung
Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Angestellten
Berufliche Tätigkeit(en) / Branche
Name und Anschrift der Firma / ggf. Homepage

Nachstehende Angaben sind NICHT erforderlich bei folgenden Gesellschaften: Allianz, Barmenia und Universa.

Staatsangehörigkeit
deutsch andere
In Deutschland seit
Aufenthaltstitel
Ist in den nächsten 18 Monaten ein Auslandsaufenthalt für mehr als 6 Monate geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? (nur SIGNAL IDUNA) ja, für VN ja, für VP

Handelt es sich bei folgenden Personen (wenn VP nicht VN) um, nach den Grundsätzen der beantragten Gesellschaft, versicherbare (nahe) Angehörige des Antragsstellers? (Definition und Voraussetzungen s. S. 6)

1. Person (Anschrift VP=Anschrift VN) ja nein
2. Person (Anschrift VP=Anschrift VN) ja nein

Zu versichernde Person (VP)

02
Name, Vorname
Herr Frau Divers
Geburtsdatum
angestellt selbstständig in Ausbildung nicht berufstätig
Berufliche Tätigkeit(en) / Branche
Beamter Beamtenanwärter Pauschale Beihilfe Bund Land
Beihilfesatz
amb. stat. Regelleistung stat. Wahlleistung
von bis

Nachstehende Angaben sind NICHT erforderlich bei folgenden Gesellschaften: Allianz, Barmenia und Universa.

Staatsangehörigkeit
deutsch andere
In D seit
Aufenthaltstitel

Versicherer (Angaben zur Gesellschaft s. S. 7)

03
Gesellschaft
Versicherungsbeginn

Tarife / Beiträge alle Angaben sind in €

04
Table with 4 columns: Tarife/Beiträge, Tarifbeitrag, Gesellschaft, Tarifbeitrag. Includes sections for Risikozuschlag, gesetzlicher Zuschlag, and monthly contributions for 1. and 2. Person.

Krankentagegeld / Einkommen

05
Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte der letzten 12 Monate aus beruflicher Tätigkeit
Anspruch auf Gehaltsfortzahlung?
nein ja Tage

Die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten und freigegebenen Gesundheitsfragen (hierbei handelt es sich nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers) sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten, auch wenn Sie eventuell vorliegenden Beschwerden oder gesundheitl. Beeinträchtigungen keine Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertragl. Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertragl. Anzeigepflicht gemäß Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 6.

Die Versicherungsgesellschaften weisen darauf hin, dass sie 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 den Versicherungsgesellschaften keine Ergebnisse oder Daten genet. Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

	1. Person	2. Person
Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
1 Besteht eine Fehlsichtigkeit? <small>(nicht zu beantworten bei HanseMerkur; Dioptrien-Angaben bei Allianz, Barmenia und R+V nicht notwendig)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dioptrien li. <input type="text"/> re. <input type="text"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dioptrien li. <input type="text"/> re. <input type="text"/>
2 Wurden oder werden Sie untersucht, behandelt, beraten oder operiert?		
a In den letzten 3 Jahren – ambulant? <small>Ärzte, Therapeuten oder Angehörige anderer Heilberufe (ambulante Operationen 5 Jahre)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
b In den letzten 5 Jahren – stationär? <small>im Krankenhaus, Sanatorium, in einer Kur-/Rehaklinik und/oder einer Heilstätte (bei AXAActiveMe 6 Jahre)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
c In den letzten 3 Jahren – zahnärztlich, kieferchirurgisch oder kieferorthopädisch?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
d In den letzten 5 Jahren - aufgrund psychischer, psychiatrischer, psychosomatischer oder Sucht-Erkrankungen? <small>(HanseMerkur [gilt auch für Untersuchungen des Gehirn/Nervensystems und gilt nicht für Sucht-Erkrankungen], bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre, bei ARAG, Barmenia, BK, Hallesche, INTER, SDK, R+V [gilt auch für Untersuchungen des Gehirn/Nervensystems], SIGNAL IDUNA, UKV, ottonova und uniVersa die letzten 10 Jahre)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
e Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen Beschwerden, Anomalien, Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) und/oder Prothesen - auch wenn sie nicht behandelt wurden bzw. werden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
f Ist eine Untersuchung, Behandlung, Beratung oder Operation bezogen auf 2 a-e angeraten oder beabsichtigt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
3 a Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit? <small>(gilt nicht für Gothaer, HanseMerkur und INTER / Allianz die letzten 5 J. / AXA/DBV, Barmenia und ottonova o. zeitl. Begrenzung / NÜRNBERGER, R+V, SDK und uniVersa die letzten 10 J.)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
b Wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen (bei HanseMerkur auch annähernd täglich Alkohol) eingenommen? <small>(bei AXA, DBV 10 J. für länger als 6 Wochen / bei R+V, SDK 10 J. / bei HanseMerkur ohne zeitliche Begrenzung)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
4 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
5 Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung und/oder eine Erwerbs-/Berufsunfähigkeit, anerkannte Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder wurde diese beantragt oder ist eine Beantragung beabsichtigt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
6 Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen oder Operationen aufgrund unerfüllten Kinderwunsches stattgefunden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
7 a Fehlen Zähne und sind nicht ersetzt? <small>(Weisheitszähne und vollständiger Lückenschluss gelten nicht als fehlende Zähne)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
b Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? <small>(bei INTER auch Inlays, Onlays, selbst herausnehmbarer Zahnersatz sowie teilüberkronte Zähne / bei ARAG nur durch Prothesen ersetzte Zähne [heraus. Zahnersatz] angeben)</small>	<input type="text"/> fehlende <input type="text"/> ersetzte <input type="text"/> überkronte	<input type="text"/> fehlende <input type="text"/> ersetzte <input type="text"/> überkronte
c Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? <small>(zu beantworten bei Allianz, ARAG, BK, Continentale, Gothaer (MediVita Z), INTER, NÜRNBERGER, SIGNAL IDUNA, UKV)</small>	<input type="text"/> Monat/Jahr <input type="text"/> Monat/Jahr	<input type="text"/> Monat/Jahr <input type="text"/> Monat/Jahr
d Besteht oder bestand eine Parodontose oder Zahn/Kieferfehlstellung? <small>(bei SIGNAL IDUNA und HanseMerkur die letzten 3 J.)</small>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

06

Angaben zum Gesundheitszustand

Wenn eine der Fragen 1 – 7 mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem besonderen Blatt vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Pers. Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja /nein, ausgeheilt / beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, Heilpraktiker, Therapeut usw.)

07

Angaben zu den mit »ja« beantworteten Gesundheitsfragen 1 – 7

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) und/oder Leistungsausschluss (LA) bin ich einverstanden

RZ für Pers.	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ in €	RZ wegen Diagnose	Risiko-Vorgangs-Nr.
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LA für Pers.	LA wegen Diagnose				
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="text"/>				
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="text"/>				

08

Zuschläge / Leistungsausschluss

Bei Ehe-/Lebenspartner Ich beantrage die Beitragsbegrenzung in der Pflegeversicherung (nach LPartG)

Bei Kindern Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für Person 1 / Person 2
Für mindestens ein Elternteil besteht eine aktive private Pflegepflichtversicherung

Name, Vorname bei seit

09

Angaben zur Pflegepflichtversicherung
***Bezugsgröße 2024: 3.535 €

Außerdem liegt das monatl. Gesamteinkommen (Definition s. S. 6) von Person 1 / Person 2 nicht regelmäßig über 1/7 der monatl. Bezugsgröße*** bzw. bei einer geringf. Beschäft. nicht über 538€. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderungen werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachentrichten.

Bestehen oder bestanden in den vergangenen fünf Jahren Krankenversicherungen bzw. wurden solche in den letzten fünf Jahren beantragt oder sind zur Zeit weitere Anträge gestellt? Abgelehnte und nicht zustande gekommene Anträge sind anzugeben! Bei Beantragung BK, Continentale, Gothaer, HanseMerkur, Inter, SIGNAL IDUNA und UKV: **Ich bin damit einverstanden, dass hinsichtlich meiner Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer gehalten werden kann und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.**

10

Vorversicherung & weitere Krankenversicherungen

****bitte auch Angaben zu Beitragsrückstand machen, wenn VN nicht identisch mit VP.

Pers.	Name PKV/GKV/EWR-Dienstleister	von	bis	Beendet / Abgelehnt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Art der Zusatzversicherung inkl. Höhe Karenzzeit (z. B. stationär, KT, KHT, Kurtagegeld, Pflege)
****VN / ****VP1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> VN <input type="radio"/> VR	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> VN <input type="radio"/> VR	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>
VP2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> VN <input type="radio"/> VR	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> VN <input type="radio"/> VR	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>

Gesellschaft

(Die allgemeinen Unternehmensangaben incl. Gläubiger-Identifikationsnummer entnehmen Sie der Seite 7)

Ich ermächtige den/die oben genannten Versicherer, Zahlungen (Beiträge, Zinsen, Gebühren) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unten genanntes Kreditinstitut an, die vom Versicherer auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschritteinzug vorab angekündigt wird, mindestens einen Kalendertag beträgt. (Die Mandatsreferenznummer wird separat bekannt gegeben.)

11

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

IBAN BIC

Kreditinstitut (für den Beitragseinzug/ Kurzname und Ort)

Kontoinhaber Antragsteller oder folgende Person (Vor- und Nachname, Straße/Haus-Nr., PLZ, Ort und Geb.dat.) monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (bei Allianz und R+V nur monatlich, bei Würzburger Mindestbetrag 10€ je Zahlweise)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Empfangsbestätigung: Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; (bei der AXA/DBV und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und bei HanseMerkur zusätzl.: Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person) und weitere Informationen nach WG-InfoV), die Satzung (nur bei Continentale Krankenversicherung a.G.), das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten „**Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung**“, die **Widerrufsbelehrung**, die Dienstleister- und Empfängerliste sowie das Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ (für Allianz, BK/UKV und SDK: „Information zur Verwendung Ihrer Daten“, für Hallesche: „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung“) des beantragten Versicherers sowie die „**Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**“ erhalten. (HanseMerkur: Erhalt der Verbraucherinformation (Bezeichnung/Stand _____, R+V _____ Bedingungsheft))

12

Informationspflicht

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

13

Angaben zur Datenübermittlung (s. S. 5)

Steuer-ID Antragsteller

Person 1

Person 2

Ich willige in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ein (siehe Seite 4 und 5).

- A Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer
- B Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 1. Zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
- C Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers
 - 1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler
- D Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ferner willige ich in die Bonitätserklärung und in die Übermittlung personenbezogener Daten an Auskunfteien (siehe Seite 5) ein.

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten Erklärungen und Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift des Antragstellers und/oder gesetzl. Vertreter

Unterschrift aller zu versichernden Personen ab dem vollendeten 14. Lj. und ggf. gesetzl. Vertreter

Ich willige ein, durch meinen Makler / Mehrfachagenten per Telefon bzw. E-Mail über Finanz- und Versicherungsprodukte informiert zu werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

15

Wichtige Hinweise für Antragsteller

Mit dem Antrag auf Kranken-, Krankentagegeld, Pflegepflicht- und ergänzende Pflegekrankenversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 6 die „**Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**“ und die Erklärung zu „**nahen Angehörigen**“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen, den Hinweis zur Widerrufsbelehrung (s. S. 6) sowie die Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages und diese werden Bestandteil des Vertrages bzw. der Verträge. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

16

Unterschriften

Ort, Datum Vermittler-Nummer

Unterschrift des Antragstellers und/oder bei Minderjährigen Unterschrift gesetzl. Vertreter

Antragsvermittler (Name, Vorname in Blockschrift)

Unterschrift aller zu versichernden Personen ab dem vollendeten 14. Lj. und/oder gesetzl. Vertreter bezogen auf alle Antragsdaten

Unterschrift Antragsvermittler

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung 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, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Antragsseite 1 unter Abschnitt 3 genannte Versicherer, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt 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. Assistance-, Logistik-, IT-Dienstleister, Dienstleister für telefonische Kundenbetreuung, zentrale Datensammlung und das Forderungs- oder Beschwerdemanagement weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter den auf Seite 7 genannten Adressen des jeweiligen Versicherers zu widerrufen. Diese weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch den beantragten Versicherer (unter A)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter B)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der beantragten Versicherer und (unter C)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter D).

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.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den Versicherer sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Der Versicherer wird 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

- in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. Ihnen ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf Ihre Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

2. Erklärungen für den Fall des Todes (gilt nicht für Allianz, Continentale, SIGNAL IDUNA und Gothaer)

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

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

Für die Hallesche, NÜRNBERGER und die R+V gilt: Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass der Versicherer – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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, führt der Versicherer teilweise nicht selbst durch. Insoweit hat der Versicherer diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Versicherungsgruppe übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für den Versicherer und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste wird bei Antragstellung ausgehändigt und kann auch im Internet unter der Internetadresse des jeweiligen Versicherers eingesehen oder beim Versicherer selbst angefordert werden (vgl. Seite 7). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen vom Versicherer beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz und HanseMerkur)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie unterrichtet.

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

4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Beitragszuschläge oder Ausschlüsse für bestimmte Risiken vereinbart wurden. Der Sie betreuende Vermittler kann zu Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden vor einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert sowie auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und die Netfonds AG und die COVAGO Vertriebservice GmbH

Der Vermittler arbeitet mit der Netfonds AG, Heidenkampsweg 73, 20097 Hamburg (kurz: „Netfonds“), als Maklerpool zusammen. Die COVAGO Vertriebservice GmbH (kurz: „COVAGO“) unterstützt Vermittler bei der Anbahnung, insbesondere der Einholung von Vergleichstarifen und -angeboten, der Begründung und der Durchführung (Vermittlung und Abwicklung) von Verträgen zwischen Versicherungsnehmern und Versicherern sowie bei der Kommunikation mit den Versicherern. Die COVAGO fungiert somit als Dienstleister der Netfonds und handelt in deren Auftrag. Kommt aufgrund der Vermittlung des Vermittlers zwischen Ihnen und einem Versicherer ein Vertrag zustande, benötigt der Vermittler sowie die COVAGO und die Netfonds zu vorgenannten Zwecken vom Versicherer Informationen zum Abschluss, Vertrag (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge, etc.) und Fortgang des Versicherungsverhältnisses (Kündigung, etc.). Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Vermittler, in dem vorstehenden Abschnitt beschriebenen Umfang, der COVAGO und der Netfonds die von mir jetzt oder zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermitteln darf. Die COVAGO und die Netfonds darf die übermittelten Daten zu den im vorstehenden Abschnitt beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit dem jeweiligen Versicherer verwenden.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass der Vermittler sowie die COVAGO und die Netfonds vom jeweiligen Versicherer die im vorstehenden Abschnitt genannten personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten erhalten und diese Daten jeweils zu den im vorstehenden Abschnitt beschriebenen Zwecken verarbeiten und nutzen dürfen.

Hinweis zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2b des Einkommensteuergesetzes

Bei Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherungen sowie darauf bestehenden Anwartschaftsversicherungen ist der Versicherer nach § 10 Abs. 2b EStG zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden verpflichtet. Dafür benötigt der Versicherer die Steueridentifikationsnummer des Versicherungsnehmers sowie aller mitversicherten Personen. Sofern die benötigten Steueridentifikationsnummern bei Antragstellung nicht mitgeteilt werden können, wird der Versicherer sie nach den Vorgaben des § 139b Abgabebestimmung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben.

Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

(für Allianz, BK, ARAG, Barmenia, Continentale, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, Nürnberger, R+V, UKV und uniVersa:

Gilt nur für die Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei der Auskunftei (z.B. SCHUFA, InfoScore, Creditreform) einholt und verarbeitet.

Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren - gilt nicht für uniVersa). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt. Für AXA/DBV, DKV und Hallesche gilt zusätzlich: Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen übermittelten Ergebnisse während der ersten fünf Jahre (DKV: während der ersten drei Jahre) der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen. Für die Bonitätsprüfung benötigt der Versicherer die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

Für ALLIANZ gilt: Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist. Für AXA/DBV gilt: 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.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

Hinweis zur Kontaktaufnahme mit anderen Versicherern

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller bzw. Interessent sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, dem Versicherer die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da der Versicherer die Angaben zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der der versicherten Personen im Rahmen der Risikoprüfung benötigt. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

Hinweis zum Wettbewerbsrecht

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und im Allgemeinen unerwünscht.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen die Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers abrufen können (vgl. Seite 7). Ebenfalls im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers können Sie Listen der Unternehmen abrufen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen (vgl. Seite 7). Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ des beantragten Versicherers. Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie die Informationen auch in Papierform.

Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen des Versicherers wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Versicherer (siehe Seite 7) schriftlich nachzuzuholen.

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 nachstehenden 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 gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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 Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung handelt, welche die Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt (§ 206 Abs. 1 VVG).

Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenersatzung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen. Das Kündigungsrecht ist außerdem ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. (Satz 2 gilt nicht für Hallesche und SIGNAL IDUNA Krankenversicherung)

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Erhöhung oder zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht ihm das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

4. Ausübung seiner Rechte

Der Versicherer kann seine Rechte 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 ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des jeweiligen Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis zur Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht – Sie können Ihren Antrag, spätestens nach Zugang des Versicherungsscheins, widerrufen. Eine vollständige Belehrung über das Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen erhalten Sie spätestens mit dem Versicherungsschein.

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nr 5 Buchstabe b VersStG)

Ich erkläre: Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage (auch im Rahmen eines Beitritts zur Gruppenversicherung), handelt es sich bei diesen Personen um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des PflegeZG bzw. um Angehörige im Sinne des § 15 der AO.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung und der nach den Grundsätzen der jeweiligen

Gesellschaft versicherbaren Angehörigen:

(Folgender Hinweis gilt nicht für Barmenia, HanseMerkur und SIGNAL IDUNA)

(Bitte beachten Sie, dass der Antrag durch die teilnehmenden Versicherer nur angenommen wird, sofern es sich bei der versicherten Person um einen versicherbaren Angehörigen nach nachfolgender Definition und ggf. nach den spezifischen Regelungen der Versicherer handelt und somit für die Person keine Versicherungssteuer anfällt. (Eine Annahme bei BK/UKV und AXA/DBV Angehörige nach Ziffer 1, 3, 10; bei ARAG, Continentale, Gothaer, Nürnberger, R+V sind ohne weitere Erklärung nur „dauerhafte“ Angehörige versicherbar; bei Continentale zusätzl. außer Ziffer 8)

Sog. „dauerhafte“ Angehörige sind:

1. der Ehegatte oder Lebenspartner gem. LPaTG., auch nach der Scheidung, 2. Verwandte und Verschwägerter gerader Linie (z.B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßenkel, Urenkel)^{1,2}, 3. Kinder (auch Adoptivkinder, auch nach Erlöschen der Adoption), 4. Geschwister³, 5. Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel)³, 6. Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen)³, 7. Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPaTG der Geschwister, sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPaTG, (Schwägerinnen und Schwäger)^{1,2}, 8. sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPaTG, verwandte Personen, (z.B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegeröhne und Stiefkinder (=Adoptiv-)Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners gem. LPaTG)³.

¹auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist. ²auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft gem. LPaTG nicht mehr besteht.

Sog. „nicht dauerhafte“ Angehörige sind:

9. Verlobte, 10. Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft, 11. Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/der Ehegattin bzw. des Lebenspartners/der Lebenspartnerin)³, 12. Stiefeltern. ³auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Hinweis: Versicherungen, durch die Ansprüche von Personen begründet werden, die keine (nahen) Angehörigen sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Die Auflösung einer Verlobung bzw. die Beendigung einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft kann nach Vertragsschluss zu einer abweichenden versicherungssteuerrechtlichen Beurteilung führen; ebenso die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft mit Pflegekindern, wenn mit diesen keine innere Verbundenheit/Beziehung mehr besteht. Sie müssen daher in diesen Fällen umgehend den beantragten Versicherer informieren. Das bedeutet für Sie auch: Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.

Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, gebe ich zusätzlich die versicherungssteuerrechtliche Erklärung zu deren Angehörigeneigenschaft ab.

Definition Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs.1 und 3 EStG). Dazu zählen z. B. Gehälter, Einnahmen aus selbst. Tätigkeit, Kapitalerträge oder Mieteinnahmen u.Ä.. Grundsätzlich liegt die Grenze für die Familienversicherung bei 1/7 der monatl. Bezugsgröße nach § 18 des SGB IV bzw. bei geringfüg. Beschäft. bei der jeweils geltenden Geringfügigkeitsgrenze (2024: 538 € monatl.)

Impressum

COVAGO Vertriebservice GmbH, Röntgenstraße 44a, 86368 Gersthofen

Telefon: 0821 899827 27, Fax: 0821 899827 77, Mail: info@covago-vertriebservice.de, www.covago-vertriebservice.de

Geschäftsführer: Herbert Nibel, Harald Gesellensetter, Sitz der Gesellschaft ist Gersthofen, Handelsregister: Amtsgericht Augsburg HRB 33946, St.-Nr.: 102/123/70687, USt-IdNr.: DE326256784

01

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstr. 28, 80802 München, www.allianz.de/datenschutz,
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Vorstand: Dr. Jan Esser (Vors.), Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Tina Maric,
Dr. Thomas Wiesemann
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus-Peter Röhler
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000063851

02

ARAG Krankenversicherung-AG

Hollerithstr. 11, 81829 München, Telefax: +49 (89) 4124-9525
www.arag.de, E-Mail: service@ARAG.de

Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Jan Moritz Freyland, Dr. Roland Schäfer,
Dr. Felicitas Hoppe, Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

03

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Telefax: +49 (221) 148-41914
www.axa.de, E-Mail: service@axa.de

Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch,
Kai Kuklinski, Dr. Marc Daniel Zimmermann
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097

04

Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefax: +49 (202) 438-2846
www.barmenia.de, E-Mail: info@barmenia.de

Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß (stv. Vors.),
Christian Ritz
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38ZZZ00002227957

05

Bayerische Beamtenkrankenkasse

Maximilianstraße 53, 81537 München; Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de, E-Mail: service@vkb.de

Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vors.), Martin Fleischer, Katharina Jessel
Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Kolb
Gläubiger-ID: DE50BK00000156985

06

Continental Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, Telefax: +49 (231) 919-2913
www.continentale.de, E-Mail: info@continentale.de

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vors.),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Dr. Thomas Niemoeller, Alf N. Schlegel,
Aufsichtsratsvorsitzender: Rolf Bauer
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000053646

07

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden,
Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Telefax: +49 (221) 148-41914
www.dbv.de, E-Mail: info@dbv.de

Vorstand: Dr. Karsten Dietrich (Vors.), Dr. Thilo Schumacher, Beate Heinisch,
Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Marc Daniel Zimmermann
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097

08

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln, Telefax: +49 (180) 578-6000
www.dkv.com, E-Mail: service@dkv.com

Vorstand: Frauke Fiegl (Vors.), Christoph Klawunn, Heiko Stüber, Nina Henschel
Aufsichtsratsvorsitzender: Theodoros Kokkalas
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000012130

09

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Telefax: +49 (221) 308-103
www.gothaer.de/datenschutz, E-Mail: info@gothaer.de

Vorstand: Dr. Sylvia Eichelberg (Vors.), Oliver Brüb, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Harald Ingo Epple, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000070522

10

Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Löffelstr. 34-38, 70597 Stuttgart, Telefax: +49 (711) 6603-333
www.hallesche.de, E-Mail: service@hallesche.de

Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner,
Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE89ZZZ00000031444

11

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Telefax: +49 (40) 4119-3257
www.hansemerkur.de, E-Mail: info@hansemerkur.de

Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse, Johannes Ganser, Raik Mildner
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent
Das SEPA-Lastschriftverfahren für die HanseMerkur Krankenversicherung AG wird
auftragsgemäß von der HanseMerkur Versicherungen GbR durchgeführt.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000066149

12

INTER Krankenversicherung AG

Erzberger Straße 9-15, 68165 Mannheim, Telefax: +49 (621) 427-944
www.inter.de, E-Mail: info@inter.de

Vorstand: Roberto Svenda (Vorstandssprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael
Schillinger
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172

13

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefax: +49 (911) 531-3206
www.nuernberger.de, E-Mail: info@nuernberger.de

Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb
Aufsichtsratsvorsitzende: Katja Briones-Schulz
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000057335

14

ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München, Telefax: +49 (089) 26 20 98 130
www.ottonova.de, E-Mail: antrag@ottonova.de

Vorstand: Dr. Bernhard Brühl (Vorsitz),
Jesko David Kannenberg, Christopher Koker, Martin Betzwieser
Aufsichtsratsvorsitzender: Karl Heinz Naumann
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00002016282

15

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Telefax: +49 (611) 53356-84
www.bdsgruv.de, E-Mail: gesundheit@ruv.de

Vorstand: Claudia Andersch (Vors.), Stefan Huhn, Dr. Mathias Ising
Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1500800000136566

16

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund, Telefax: +49 (231) 135-4638
www.signal-iduna.de, E-Mail: info@signal-iduna.de

Vorstand: Ulrich Leitermann (Vors.), Martin Berger, Dr. Stefan Kutz, Dr.
Stefan Lemke, Johannes Rath, Daniela Rode, Torsten Uhlig, Clemens Vatter
Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000103174

17

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach, Telefax: +49 (711) 7372-7240
www.sdk.de, E-Mail: sdk@sdk.de

Vorstand: Dr. Ulrich Mitzlass (Sprecher des Vorstands),
Olaf Engemann, Ralf Oesterreich, Dr. Gerd Sautter
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bachter
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62SDK00000062000

18

uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Telefax: +49 (911) 5307-1788
www.universa.de/datenschutz, E-Mail: info@universa.de

Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler
Zahlungsempfänger ist uniVersa Lebensversicherung a.G. im Namen und auf
Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000102598

19

Union Krankenversicherung (UKV)

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken; E-Mail: service@ukv.de;
dienstleister.vkb.de; Datenschutz-Information: www.vkb.de/datenschutz

Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vors.), Martin Fleischer, Katharina Jessel
Naßl; Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Kolb
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96UKV00000157419

20

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg, Fax: 09 31-27 95-2 90
www.wuerzburger.com, E-mail: info@wuerzburger.com

Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Birgit Baenitz, Dirk Guß
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954