

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Gültig für folgende Gesellschaften:

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG
- ARAG Krankenversicherungs-AG
- AXA Krankenversicherung AG
- Barmenia Krankenversicherung a.G.
- Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
- Continentale Krankenversicherung a.G.
- DBV-Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
- Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG
- Gothaer Krankenversicherung AG
- HALLESCHE Krankenversicherung a.G.
- HanseMercur Krankenversicherung AG
- Inter Krankenversicherung AG
- Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
- R+V Krankenversicherung AG
- SIGNAL Krankenversicherung a.G.
- Union Krankenversicherung AG
- uniVersa Krankenversicherung a.G.
- Württembergische Krankenversicherung AG
- WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Versicherungsnehmer (VN)

* freiwillige Angaben

A

interne KZ/FD/VE		Vermittlernummer /ADNR	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübte Tätigkeit	Branchen
Vorname, Nachname, Titel		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter	
Straße, Nr., PLZ, Wohnort (bei BK /UKV, Continentale und HanseMercur: Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag)		<input type="checkbox"/> Freiberuflich (§18 abs. 1.1. AStG) oder	<input type="checkbox"/> Selbständig seit:
E-Mail*		<input type="checkbox"/> Schüler/Student oder <input type="checkbox"/> in Ausbildung vsl. bis	
Telefon*	Fax*	Familienstand	Staatsangehörigkeit
			wohnhaft in Dtl. seit

Versicherer Kranken- und Pflegepflichtversicherung

B

Versicherer 1		Versicherer 2	
Gesellschaft		Gesellschaft	
<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderung zu VNR:		<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderung zu VNR:	
Zu versichernde Person 1		Zu versichernde Person 2	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Vorname, Nachname, Titel		Vorname, Nachname, Titel	
Anschrift VP (falls abweichend vom VN)		Anschrift VP (falls abweichend vom VN)	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter	
<input type="checkbox"/> Freiberuflich (§18 abs. 1.1. AStG) oder	<input type="checkbox"/> Selbständig seit:	<input type="checkbox"/> Freiberuflich (§18 abs. 1.1. AStG) oder	<input type="checkbox"/> Selbständig seit:
<input type="checkbox"/> Schüler/Student oder <input type="checkbox"/> in Ausbildung vsl. bis		<input type="checkbox"/> Schüler/Student oder <input type="checkbox"/> in Ausbildung vsl. bis	
Derzeit ausgeübte Tätigkeit	Branchen	Derzeit ausgeübte Tätigkeit	Branchen
Name Firma /Arbeitgeber, Anschrift		Name Firma /Arbeitgeber, Anschrift	
Eintragung im Handelsregister <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Eintragung im Handelsregister <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
Gewerbeanmeldung /Zulassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Gewerbeanmeldung /Zulassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG, etc.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anteil in %	Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG, etc.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anteil in %
Wie viele festgestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig? Anzahl		Wie viele festgestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig? Anzahl	
Anspruch auf: <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		Anspruch auf: <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Heilfürsorge	
<input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> oder Beamter	Beihilfesatz amb. %	<input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> oder Beamter	Beihilfesatz amb. %
<input type="checkbox"/> oder Angehöriger <input type="checkbox"/> oder Beamtenanwärter	Beihilfesatz stat. %	<input type="checkbox"/> oder Angehöriger <input type="checkbox"/> oder Beamtenanwärter	Beihilfesatz stat. %
nach <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land		nach <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land	
Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder:		Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder:	
Nur für BK/UKV, DRK und SIGNAL: Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzängereignenschaft vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger (bitte Zusatzformular beifügen)	Nur für BK/UKV, DRK und SIGNAL: Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzängereignenschaft vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, Grenzgänger (bitte Zusatzformular beifügen)

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

(Bei Selbständigen, Freiberuflern und bei Absicherung Krankentagegeld immer zu beantworten.)

Zu versichernde Person 1

Besteht ein Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?

nein ja Anzahl Tage _____

Höhe des regelmäßigen, durchschnittlichen, monatlichen Einkommens der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit ohne Gewinnbeteiligung:

Brutto _____ Netto _____

Zu versichernde Person 2

Besteht ein Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?

nein ja Anzahl Tage _____

Höhe des regelmäßigen, durchschnittlichen, monatlichen Einkommens der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit ohne Gewinnbeteiligung:

Brutto _____ Netto _____

Angaben zur Beitragszahlung

Für die Erteilung des SEPA-Mandates wird die Seite 13 dieses Antrages ausgefüllt und bei Antragseinreichung beigelegt. Bei mehreren, zu beantragenden, Gesellschaften nutzen Sie bitte die weiteren separaten SEPA-Mandats-Formulare.

Zahlungsweise (bei R+V nur monatlich) 1/12 1/2 1/4 1/1 Beitragsbescheinigung für FA ja nein Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.
 Beitragsbescheinigung für AG ja nein

Hinweis: Sie erklären sich damit einverstanden, dass der Erstbeitrag gegebenenfalls bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen wird.

Gewünschte Tarife

Kranken- und Pflege(pflicht)versicherung – Bitte bei Tarifen für Kranken-, Krankenhaus-, Kurtagegelder und ergänzende Pflegekrankenversicherung den Tagessatz angeben. Hinweis: Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß §4 Nr.5 VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

Zu versichernde Person 1

Versicherungsbeginn: _____

Tarif/Tagessatz	Besondere Bedingungen (z.B. AWW, RZ, LA)	Monatsbeitrag in €
monatlicher Gesamtbeitrag		€

Zu versichernde Person 2

Versicherungsbeginn: _____

Tarif/Tagessatz	Besondere Bedingungen (z.B. AWW, RZ, LA)	Monatsbeitrag in €
monatlicher Gesamtbeitrag		€

Weitere Krankenversicherungen

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 DKV, Gothaer, Inter und Württembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre) (bei BK/UKV: bei Zeiten ohne Vorversicherung seit dem 01.01.2009 sind die Gründe dafür anzugeben) (bei HanseMerkur: Wenn zuletzt keine Vorversicherung bei einer deutschen GKV oder PKV bestand, wird eine Beitragseinzugsermächtigung von einem Konto eines dt. Geldinstituts benötigt. Zusätzlich ist eine Kopie des Reisepasses bzw. Personalausweises erforderlich und wird dem Antrag beigelegt.)

Hinweis (gilt nur für ARAG, BK/UKV, Continentale, DRK, SIGNAL und uniVersa): Die Versicherer weisen darauf hin, dass Sie als Antragsteller sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da 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 werden. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

Pers	Versicherer bzw. Kasse, Name des Versicherers, Vers.-Nr.	von – bis	Gründe für Zeiten ohne VV	abgelehnt am	gekündigt von	Vertrag ruhend gestellt?	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?
VN	bitte die rechte Spalte ausfüllen, wenn VN nicht identisch mit VP ist.						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
VP 1	<input type="checkbox"/> GKV pflichtig <input type="checkbox"/> GKV freiwillig <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV	_____			<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
VP 2	<input type="checkbox"/> GKV pflichtig <input type="checkbox"/> GKV freiwillig <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> PPV	_____			<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Pers	Art der Zusatzversicherung (z.B. stationär 1-/2-Bett, KT, KHT, Kurtagegeld, Pflege, derzeitiges KT in der GKV/PKV)	Höhe KT, KHT, Kurtagegeld, Pflege in €/Karenzzeit
VP 1		
VP 2		

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

G Gesundheitsangaben für die Kranken- und Pflegeversicherung

Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers. Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten.

WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die Ihnen gesondert ausgehändigten Erläuterungen des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (auf Seite 1 von 1 Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht). Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer in Abschnitt H genaue Angaben zu machen.

Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese dem gewählten Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Ich werde gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht machen und werde dem gewählten Versicherer (Anschriften s. Seite 10 – 11 von 13) unverzüglich schriftlich diese Gesundheitsangaben anzeigen.

Bitte senden Sie dem Versicherer keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Zu versichernde Person 1 Zu versichernde Person 2

1. Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg (bei Allianz: erst ab 10 Jahren anzugeben)	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Beschwerden, chronische Leiden, Unfallfolgen, Fehler organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (bei Allianz, BK/UKV, DRK, Gothaer, Hallesche, SIGNAL: auch Körperimplantate/ Prothesen; bei AXA/DBV hinsichtlich Pflegebedürftigkeit, Württembergische die letzten 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Fanden in den letzten 3 Jahren (bei Württembergische die letzten 5 Jahre; bei Allianz, DKV, DRK und SIGNAL für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre) oder finden zur Zeit ambulante Untersuchungen, Operationen, Beratungen, oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontroll- oder Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt		
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Fanden in den letzten 5 Jahren (bei R+V und Württembergische 10 Jahre) stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Kurmaßnahmen, Sanatorium oder eine stationäre psychologische/psychiatrische Behandlung statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (DRK, Nürnberger, SIGNAL und uniVersa – bei stationären psychologischen/psychiatrischen Behandlungen 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Wurde in den letzten 3 Jahren eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt, bzw. ist eine solche beabsichtigt? (Allianz, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein die letzten 5 Jahre; ARAG, Barmenia, BK/UKV, DRK, HALLESCH, Inter, Nürnberger, R+V, SIGNAL, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn „ja“, wieviel Dioptrien (links/rechts)? (nicht erforderlich bei Allianz (bei KV-Vollversicherung), HanseMerkur, R+V und Württembergische)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien li <input type="text"/> re <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien li <input type="text"/> re <input type="text"/>
7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur) (Allianz, AXA/DBV und BK/UKV: ambulant 3 Jahre; ARAG, Barmenia, Continentale, DRK, Inter, R+V und SIGNAL ohne zeitliche Beschränkung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren (bei Allianz die letzten 5 Jahre, bei uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre, bei HanseMerkur zeitlich unbegrenzt) Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen oder besteht/bestand jemals (bei Allianz die letzten 5 Jahre, bei DRK, R+V und SIGNAL die letzten 10 Jahre) eine Abhängigkeit? Wenn „ja“ welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. (Gilt nur für BK/UKV, Münchener Verein und uniVersa) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12.1. Wie viele Zähne, außer Weisheitszähnen und Lückenschluss, fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa) (AXA/DBV, DRK und SIGNAL auch keine Milchzähne angeben) (bei Württembergische: durch Prothesen ersetzte Zähne sind auch als fehlend anzugeben)	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl
12.2. Besteht eine Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- oder Knirscherchiene getragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12.3. Wieviele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? ((zu beantworten bei Allianz, ARAG, BK/UKV, Continentale, DRK, Gothaer Tarif MediVita Z, HALLESCH, Münchener Verein, Nürnberger, SIGNAL, Inter und Württembergische); bei ARAG: nur durch Prothesen ersetzte Zähne/ herausnehmbarer Zahnersatz; bei Inter: auch Inlays/Onlays, sowie herausnehmbarer Zahnersatz)	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl
12.4. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? Monat/Jahr? (zu beantworten bei BK/UKV, Continentale, DRK, Gothaer Tarif MediVita Z, Inter, Münchener Verein, Nürnberger, SIGNAL) Sind hier mehrere Daten anzugeben, tragen Sie diese im Bereich „H“ ein.	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsangaben

Zu den unter Punkt G mit JA beantworteten Fragen. Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, so sind weitere Angaben auf einem Beiblatt zu machen.

Beiblatt Ja Nein | Anzahl der Blätter

Zu Person	Zu Frage	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Grund und %-Satz der Behinderungen, Anomalien, Operationen (einschl. Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial), Medikamente und Dosierung	Ambulante Behandlung von – bis	Stationäre Behandlung von – bis	Arbeitsunfähigkeit von – bis	Behandlungs- / Beschwerdefrei		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, usw.	
						ja	seit		nein
						<input type="checkbox"/>	M M J J 	<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"/>	

Für Tarife mit Hausarztprinzip (Allianz, AXA/DBV, Barmenia, Gothaer, Inter, SIGNAL und uniVersa) gilt: Dieser Arzt wird im weiteren Verlauf des Vertrages als Hausarzt in Anspruch genommen. Bei Änderungen des Hausarztes wird der Versicherer vom Antragsteller / Versicherungsnehmer in Kenntnis gesetzt.

Name, Bezeichnung / Fachrichtung und Adresse des Hausarztes _____

Steuer-Identifikationsnummer

Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG (gilt nur bei Beantragung einer steuerlich berücksichtigungsfähigen Kranken-/Pflegeversicherung)

Mit der Übermittlung der Daten an die Finanzbehörden bin ich einverstanden. Siehe auch Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG auf Seite 7 von 13.

Bitte ankreuzen:

Keine Einwilligung oder

Antragsteller (falls nicht zu versichernde Person)

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Identifikationsnummer wird nachgereicht

Zu versichernde Person 1

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Identifikationsnummer wird nachgereicht

Zu versichernde Person 2

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Identifikationsnummer wird nachgereicht

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, sofern nachstehend nichts anderes vereinbart wird.

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Anrechnung der ununterbrochenen, bestehenden Vorversicherung auf die Wartezeit gemäß den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife und Gesellschaften genannten Möglichkeiten und in dem dort genannten Umfang.	Zu versichernde Person 1: Nachweis	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
	Zu versichernde Person 2: Nachweis	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
<input type="checkbox"/> Durch eine ärztliche (auf Verlangen des Versicherers auch zahnärztliche) Untersuchung, deren Kosten ich trage, beantrage ich nur für die Krankenversicherung und soweit die Tarifbedingungen dies vorsehen, den bedingungsgemäßen Erlass der allgemeinen und ggf. der besonderen Wartezeiten. Dieser Antrag gilt als auf den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten gerichtet, wenn der Untersuchungsbefund auf einem Vordruck des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen (BK/UKV, Barmenia, HALLESCHER und SIGNAL 21 Tage, Continentale, Gothaer und Inter 28 Tage, DRK 4 Wochen, uniVersa 1 Monat) nach Antragstellung beim Versicherer eingegangen ist.	Zu versichernde Person 1: Untersuchungsberichte	<input type="checkbox"/> liegen bei	<input type="checkbox"/> folgen
	Zu versichernde Person 2: Untersuchungsberichte	<input type="checkbox"/> liegen bei	<input type="checkbox"/> folgen

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:

Das monatliche Gesamteinkommen (Definition Seite 9) des Kindes liegt nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (den aktuellen Grenzwert bitte erfragen (425 Euro in 2017)), bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Absatz 1 SGB IV, 8a SGB IV nicht über 450 Euro und die auf Seite 9 unter Punkt 7 aufgeführten Voraussetzungen sind erfüllt.

Person 1: ja nein Person 2: ja nein
Folgender Elternteil ist in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert (nicht als Anwartschaft)

Name, Vorname des Elternteils

pflege-pflichtversichert bei

Ein entsprechender Nachweis ist beigefügt.

Beitragsbegrenzung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner

(Nur zu beantworten, wenn einer der Ehe-/eingetragenen Lebenspartner seit dem 01.01.1995 privat pflegepflichtversichert ist und der Vertrag nicht als Anwartschaft besteht.)

Das monatliche Gesamteinkommen (Definition Seite 9) eines Ehe-/eingetragenen Lebenspartners liegt nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (den aktuellen Grenzwert bitte erfragen (425 Euro in 2017)), bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Absatz 1 SGB IV, 8a SGB IV 450 Euro?

Person 1: ja nein Person 2: ja nein

Name, Vorname des Ehe-/eingetr. Lebenspartner

pflege-pflichtversichert bei seit

Ein entsprechender Nachweis ist beigefügt.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachentrichten.

SB-Unfallschutz

SB-Unfallschutz der Würzburger Versicherungs-AG
Absicherung der Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung. Aufnahmefähig sind Personen bis zum 65. Lebensjahr.

Versicherungsbeginn: Laufzeit: 1 Jahr

Tarif für die zu versichernde Person 1
 Tarif für die zu versichernde Person 2

Das Vertragsverhältnis verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht Ihnen oder uns drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

	Tarif A	Tarif B	Tarif C	Tarif D	Tarif E	Tarif F
Unfall-Heilbehandlungskosten	300,- €	600,- €	750,- €	1.000,- €	1.200,- €	Eigene Berechnung <input type="text"/> € (max. 4.500,00 €) je 100,00 € p.a. 7,66 € <input type="text"/> €
Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer (19%)	22,98 €	45,96 €	57,45 €	76,60 €	91,92 €	<input type="text"/> €

Der Jahresbeitrag gilt für eine Vertragslaufzeit von 1 Jahr und enthält die z. Zt. gültige gesetzliche Versicherungssteuer.

Zu zahlender Gesamtbeitrag € (Rundungsdifferenzen sind möglich, Zahlungsweise jährlich)

Empfangsbestätigung

Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und weitere Informationen gem. § 7 Abs. 2 VVG), das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, sowie die Dienstleisterliste des beantragten Versicherers erhalten.

(Nur für HanseMerkur und uniVersa:
Die Verbraucherinformationen habe ich erhalten.)

Druckstücknummer/Tarif

Stand

Den Empfang bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / VN

Beratungspflicht

Beratungspflicht gemäß § 61 VVG

Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten. Ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung bzw. Beratungsdokumentation unterschrieben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / VN

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Wichtige Hinweise und Erklärungen

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihre gewünschte(n) Versicherung(en) erheben und verwenden zu dürfen, benötigt Ihr gewählter bzw. Ihre gewählten Versicherer daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflege- bzw. der Unfallversicherung, je nachdem an welche(n) Versicherer sich Ihre Erklärung richtet, benötigt der jeweilige Versicherer 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- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Sofern Sie mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern beantragen, geben Sie Ihre nachfolgenden Erklärungen gegenüber jedem dieser Versicherer ab.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.)

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

(Folgendes gilt für DRK, Münchener Verein, R+V, SIGNAL: Punkte 2.1 und 2.2 entfallen. Falls der Versicherer zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Anfrageverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen muss, wird sich der Versicherer direkt an Sie wenden.)

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 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. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(nur bei Beantragung Continentale, Inter und Württembergische sind untersch. Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2 möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag)

Möglichkeit I:

VP1 **VP2** **Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden 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.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

VP1 **VP2** **Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie in der Unfallversicherung für einen Zeitraum von fünf Jahren und in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorwiegend unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

(Folgendes gilt nicht für Allianz:) 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. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(nur bei Beantragung Continentale und Inter sind untersch. Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2 möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag; bei BK/UKV, Nürnberger und Württembergische ist nur die Möglichkeit I auswählbar)

Möglichkeit I:

VP1 **VP2** Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I)

Möglichkeit II:

VP1 **VP2** 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.

3. 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.

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. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Wichtige Hinweise und Erklärungen

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

Der Versicherer führt 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 überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe, der der Versicherer angehört oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich 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. Die zurzeit gültige Liste ist diesem Antrag als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet auf der Website des gewählten Versicherers eingesehen oder bei diesem (Kontaktdaten siehe Seiten 10 und 11 von 13) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die 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 der Unternehmensgruppe, der der Versicherer angehört und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

(Folgendes gilt nicht für Allianz:) 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 durch den Versicherer unterrichtet.

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

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungs-

vermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. 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 Versicherungen 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.

II. Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) vom Versicherer den Finanzbehörden (über die Deutsche Rentenversicherung Bund) übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Hinweis:

Die Steuer-Identifikationsnummer (IdNr.) wird vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) vergeben. Ist sie nicht verfügbar oder wurde sie noch nicht versandt, kann sie – auch für Kinder – beim BZSt schriftlich oder per E-Mail angefordert werden. Für die Mitteilung der IdNr. benötigt das BZSt Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Geburtsort der versicherten Person. Adresse: BZSt, 53221 Bonn, E-Mail: info@identifikationsmerkmal.de

Bitte beachten Sie:

Wird die Einwilligung in die Übermittlung nicht erteilt, werden die Beiträge zur privaten Krankheitskosten- und Pflegeversicherung in der Einkommenssteuerveranlagung nicht berücksichtigt. Für Angestellte, Beamte und Heilfürsorgeberechtigte wird im Lohnsteuerabzugsverfahren nur der Pauschbetrag für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 39b Abs. 2 Nr. 3d EStG i. d. ab 2010 geltenden Fassung) von 12 % des Arbeitslohns, max. jedoch 1.900 Euro bzw. 3.000 Euro (bei Steuerklasse III) berücksichtigt. In der Einkommenssteuerveranlagung gelten dann die Vorsorgehöchstbeiträge (1.900 Euro für Angestellte und Beamte bzw. 2.800 Euro für Selbstständige). Die Einwilligung kann auch nach Ablauf eines Beitragsjahres bis zum Ende des 2. Kalenderjahres des auf das Beitragsjahr folgenden Jahres erteilt werden. Der Versicherer übermittelt dann nachträglich die abzugsfähigen Beiträge. Eine bereits erfolgte Einkommenssteuerveranlagung wird ggf. vom Finanzamt ohne weiteren Antrag wieder eröffnet und ein neuer Steuerbescheid erstellt.

III. Nachfrage beim Vorversicherer wegen Beitragsrückständen

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung BK/UKV, Continentale, DRK, HanseMerkur, R+V, SIGNAL und uniVersa: Hiermit willige ich ein, dass hinsichtlich meiner Angabe zum Beitragsrückstand ggf. Nachfrage bei dem bisherigen privaten Krankenversicherer gehalten wird und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

IV. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung (folgender Absatz gilt nur bei Beantragung HALLESCHÉ)

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrages erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten 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 und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

V. Widerspruchsrecht gegen Werbung oder Markt- und Meinungsforschung

Der Versicherer speichert und nutzt Ihre Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit zum Zwecke der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung. Dieser Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Wichtige Hinweise und Erklärungen

VI. Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und die Fonds Finanz Maklerservice GmbH

1. Der Vermittler arbeitet mit der Fonds Finanz Maklerservice GmbH, Riesstraße 25, 80992 München (kurz: „Fonds Finanz“), als Maklerpool zusammen. Fonds Finanz 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. Kommt aufgrund der Vermittlung des Vermittlers zwischen Ihnen und einem Versicherer ein Vertrag zustande, benötigt der Vermittler sowie die Fonds Finanz 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.

2. Ich willige ein, dass der Vermittler, in dem in Ziffer VI.1 beschriebenen Umfang, der Fonds Finanz die von mir jetzt oder zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermitteln darf. Die Fonds Finanz darf die übermittelten Daten zu den in Ziffer VI.1 beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit dem jeweiligen Versicherer verwenden.

Ferner willige ich ein, dass der Vermittler sowie die Fonds Finanz vom jeweiligen Versicherer die in Ziffer VI.1 genannten personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten erhalten und diese Daten jeweils zu den in Ziffer VI.1 genannten Zwecken verarbeiten und nutzen dürfen.

VII. Einwilligung in die Bonitätsauskunft

(gilt für alle Versicherer (außer Würzburger); bei Allianz, ARAG, Barmenia, BK/UKV, Continentale, DKV, Gothaer, HALLESCHER, HanseMerkur, Inter, Nürnberger, uniVersa und Württembergische: nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien (z.B. Creditreform, Infoscore, SCHUFA) einholt. Welcher Versicherer welche Auskunftei nutzt, erfahren Sie bei den Gesellschaftsangaben auf den Seiten 10 und 11. Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von

Anschriftendaten mitteilen (Score-Verfahren) (gilt nicht für R+V und uniVersa; bei HanseMerkur: auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten; bei HALLESCHER werden Anschriftendaten nicht zur Berechnung des Scores verwendet). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt (Bei BK/UKV und HanseMerkur: Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag; Bei falschen Angaben wird sich die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrages vorbehalten).

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung Allianz und Continentale: Unabhängig davon ist der Versicherer nach § 28a Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist und weitere Voraussetzungen des § 28a Abs. 1 BDSG gegeben sind. Diese Meldungen dürfen nach § 28 Absatz 2 Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Continentale oder Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt.

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 Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

Darüber hinaus willige ich ein (gilt nicht für Allianz), dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen übermittelten Ergebnisse während (bei Continentale: der ersten fünf Jahre) der Laufzeit dieses Vertrages im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und (nachfolgendes gilt nicht für uniVersa) zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versicherungsgemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung Continentale: Ich willige ein, dass die für Bonitätsprüfungen genutzten Auskunfteien die erhaltenen Daten speichern und nutzen. Die Nutzung umfasst die Errechnung eines Wahrscheinlichkeitswertes auf Grundlage des Datenbestandes der Auskunftei zur Beurteilung des Ausfallrisikos (sog. Score). Die Nutzung umfasst zudem die Prüfung der Identität und des Alters auf Anfrage der Vertragspartner der Auskunftei. Des Weiteren übermittelt die Auskunftei die erhaltenen Daten an ihre Vertragspartner im Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Für die Bonitätsprüfungen werden die Angabe des vollständigen Namen und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes lt. Melderegistereintrag benötigt. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Mit dem Antrag auf Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung werden rechtlich selbständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt. Eine Durchsicht des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Die im Antrag gemachten Angaben und gestellten Fragen des jeweiligen Versicherers wurden nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 1 von 1 der gesonderten Mitteilung zum Antrag der Fonds Finanz die „Mitteilung nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ sowie die weiteren auf den Seiten 6 – 10 abgedruckten **Wichtigen Hinweise und Erklärungen**, sowie die **Schlussfolgerungen**. Die **Wichtigen Hinweise und Erklärungen** enthalten unter anderem die „**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**“, die „**Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG**“ und die „**Einwilligung in die Bonitätsauskunft**“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags und geben Sie auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung der Erklärungen noch nicht erfassen können. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / VN

Unterschrift aller zu versichernden Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, bezogen auf alle Antragsdaten und alle Erklärungen.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen

Antragsvermittler (Vor- u. Zuname in Blockschrift) / Stempel

Unterschrift des Antragsvermittlers

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, die gewählten Tarife mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die besonderen Bedingungen (BB) der Unfallversicherung und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie vom Versicherer schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt. Bei Versicherungsverträgen auf Gegenseitigkeit (a.G.) gilt zusätzlich die Satzung.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt regelmäßig mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz bei Neugeborenen und bei adoptierten Kindern bereits mit der Geburt oder Adoption sowie bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden, im Anschluss an Ihr dortiges Ausscheiden beginnen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

3. Erklärung zu Taggeldversicherungen

Ab Antragsstellung darf der Neuausschluss einer Krankentage-/Pflegetage-/Pflegetage-/Kurtage- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentage-/Pflegetage-/Pflegetage-/Kurtage- bzw. Krankenhaustagegeld nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden. Wird diese Obliegenheit verletzt, hat der Versicherer ein Kündigungs- und Leistungsverweigerungsrecht. Ich bestätige, dass der vereinbarte Krankentagegeldsatz zusammen mit anderweitigen, gleichartigen Ansprüchen das definierte Nettoeinkommen gemäß MBKT nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Person, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

4. Erklärung zu anderweitigen Versicherungen

Ich verpflichte mich, ab Antragsstellung den Versicherer über den Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages bei einem weiteren Versicherer oder von einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich zu unterrichten.

4.1 Bestätigung zur Einkommenshöhe/Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung beantragt habe, dass das gewünschte Taggeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) mein versicherbares Nettoeinkommen der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Sofern ich Arbeitnehmer bin, bestätige ich außerdem, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer meines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

5. Aufgabe einer bestehenden Versicherung

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 für beide Unternehmen unerwünscht.

6. Wartezeiten

Werden zu bereits bestehenden Versicherungen zusätzliche Versicherungen oder Höherstufungen vereinbart, sind insoweit die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

7. Gesamteinkommen/PPV

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes. Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbeitrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten sind bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit wie Werbungskosten und bei selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben abzugsfähig. Das errechnete Gesamteinkommen ist aufzuteilen in Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit und sonstige Einkünfte. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit sind alle Einkommen aus Beschäftigungsverhältnissen, also auch aus geringfügiger Beschäftigung (sog. Minijob). Außerdem fallen die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit darunter. Sonstige Einkünfte sind alle anderen Einkommensarten (z. B. Zinseinkünfte, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung).

Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und die

folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- es besteht keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung;
- es liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vor;
- es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung;
- es wird keine hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt;
- es wird kein Gesamteinkommen erzielt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2017: 425 Euro) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsbefreiung von Kindern:

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58 b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes,
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 (1) des Neunten Buches - SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten: Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

Voraussetzung für die Beitragsbegrenzung in der Pflegeversicherung für Ehe-/ eingetragene Lebenspartner

Ehe-/eingetragene Lebenspartner haben Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn beide privat pflegeversichert sind und mindestens einer seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegeversichert ist. Außerdem darf einer der beiden kein Gesamteinkommen erzielen, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2017: 425 Euro) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

8. Einwilligung zur Datenübermittlung bei abweichendem Kontoinhaber

(gilt nur für MV)

Ich stimme zu, dass die Anündigung des SEPA-Basislastschrift-Einzugs gemäß den „Bedingungen für den Lastschrifteinzug“ gegenüber dem Kontoinhaber erfolgt und dem Kontoinhaber hiermit in Verbindung stehende Vertragsdaten übermittelt werden.

9. Informationen zur Verwendung Ihrer Daten (gilt nur für Allianz, ARAG, AXA/DBV, Barmenia, BK/UKV, Continentale, DKB, DRK, Gothaer, HALLESCHE, HanseMerkur, Münchener Verein, SIGNAL, uniVersa und Württembergische)

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt der 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 des Versicherers abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen des Versicherers, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch übersendet Ihnen der Versicherer einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die auf den Seiten 10 und 11 angegebene Post- oder E-Mailadresse des Versicherers. Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung- oder Schweigepflichtbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen. (Folgender Satz gilt nicht für Allianz.) Ist die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages oder der Schadensabwicklung erforderlich, ist ein Widerruf nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen oder führt dazu, dass die Leistung nicht erbracht werden kann.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person (VP). Wenn die VP nicht zugleich Versicherungsnehmer (VN) ist, wird der VN diese Informationen der VP weiter geben. Diese Rechte können Sie unter der, auf den Seiten 10 und 11 genannten, Adresse des Versicherers geltend machen.

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

10. Hinweise zum Widerrufsrecht

Widerrufsrecht nach § 8 VVG

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen - bei der DKV innerhalb von 30 Tagen - ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an den Versicherer zu senden. Gesellschaftsadressen finden Sie auf Seite 10 - 11 von 13.

Widerrufsfolgen nach § 9 VVG

Krankenversicherung:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und der Versicherer erstattet Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um ein 1/30, bei einem 1/4-jährlichen Beitrag um 1/90, bei einem 1/2-jährigen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besonderer Hinweis: Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Sach und Unfallversicherung:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, kann der Versicherer einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Die Erstattungspflicht hat der Versicherer unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Gesellschaften

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München
Internet: www.allianz.de/datenschutz
Sitz der Gesellschaft: München; Registergericht: München HRB 2212
Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende; Daniel Bahr, Dr. Jan Esser, Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Thomas Wiesemann
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Manfred Knof
Nutzung Auskunft: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstr. 11, 81829 München
Internet: www.arag.de
Registergericht: München HRB 69751
Vorstand: Werner Nicoll, Dr. Roland Schäfer, Dr. Werenfried Wendler
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Nutzung Auskunft: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft Köln; Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt-Ident-Nr. DE 122786679; Versicherungssteuernr.: 9116/810/03020
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl;
Vorstand: Dr. Alexander Völlert, Vorsitzender; Dr. Andrea van Aubel, Jens Hasselbächer, Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin
Nutzung Auskunft z.Zt.: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Barmenia Krankenversicherung a.G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Internet: www.barmenia.de
Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Martin Risse, Kai Völker
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann
Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Amtsgericht Wuppertal HRB 3871; St.-Nr. 132/5906/0047
Nutzung Auskunft: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Anschrift (Sitz der Gesellschaft): Maximilianstr. 53, 81537 München
Internet: www.dienstleister.vkb.de; www.versicherungskammer-bayern.de
Handelsregister HRB 111650
Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vors.), Manuela Kiechle, Andreas Kolb
Aufsichtsratsvorsitzender: Helmut Späth
Nutzung Auskunft: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Continental Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv.), Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr: DE 124 906 368
Nutzung Auskunfteien: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden
Zur Dienstleisterliste: Internet: www.continentale.de/dienstleisterliste

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Gesellschaften

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden; Postanschrift: 65172 Wiesbaden
Internet: www.DBV.de
Sitz der Gesellschaft Köln; Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt-Ident-Nr. DE 122786679; Versicherungsnummern: 9116/810/03020
Sitz der Zweigniederlassung: Wiesbaden
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Dr. Andrea van Aubel,
Jens Hasselbächer, Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner,
Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe
Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg
Internet: www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste
USt-IdNr.: DE118618342, Registergericht: Amtsgericht Hamburg
HRB 4673, Sitz: Hamburg
Vorstand: Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierrth,
Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte
Nutzung Auskunfteien: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln
DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vorsitzender), Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph
Jurecka, Silke Lautenschläger, Dr. Sebastian Rapsch, Stephan Schinnenburg
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß
Nutzung Auskunfteien: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Internet: www.gothaer.de/datenschutz
Registergericht: AG Köln, HRB 35505; Steuernummer USt-IdNr: DE122786611
Vorstand: Michael Kurtenbach (Vors.), Oliver Bräuß, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Dr. Karsten Eichmann, Harald Ingo Epplé, Oliver Schoeller
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg
Nutzung Auskunftei: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

HALLESCHKE Krankenversicherung a. G.

Reinsburgstr. 10, 70178 Stuttgart
Sitz: Stuttgart; Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 St. Nr. 99 136 0300 3 (UStG)
Internet: www.hallesche.de
E-Mail: service@hallesche.de, Telefax: (07 11) 66 03-333
Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vors.), Christoph Bohn (stv. Vors.),
Frank Kettner, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Dr. Jürgen Bierbaum (stv.)
Aufsichtsratsvorsitzender: Wolfgang Stertenbrink
Nutzung Auskunftei: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

HanseMercur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg; Sitz: Hamburg;
Internet: www.hansemerkur.de/service/datenschutz
Handelsregister: Hamburg B 101967, Ust-IdNr.: DE 259608010
Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse,
Dr. Andreas Gent, Raik Mildner
Aufsichtsratsvorsitzender: Fritz Horst Melsheimer
Nutzung Auskunftei: Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Inter Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Internet: www.inter.de
Vorstand: Matthias Kreibich (Sprecher), Michael Schillinger, Roberto Svenda,
Holger Tietz
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
Sitz: Mannheim
Handelsregister-Nr. HRB 723887; Umsatzsteuer-ID DE167724895
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Pettenkofenstr. 19, 80336 München
Internet: www.muenchener-verein.de
Amtsgericht München HRB 764
Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar
Aufsichtsratsvorsitzender: Heinrich Traublinger MdL a.D.
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
E-Mail: info@nuernberger.de
Aufsichtsrat: Dr. Wolf-Rüdiger Knocke (Vorsitzender)
Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Fritz Schmidt
Sitz und Registergericht Nürnberg HR B 10668
Nutzung Auskunfteien: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532
Baden-Baden und Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr 12,
41460 Neuss

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Sitz: Wiesbaden
Internet: www.bdsgruv.de
Handelsregister Nr.: HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-Id. Nr.: DE 114106943
Vorstand: Frank-Henning Florian, Vorsitzender; Tillmann Lukosch
Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

SIGNAL Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund
Sitz: Dortmund, HRB 2405, AG Dortmund
Internet: www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste
Vorstand: Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierrth,
Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte
Nutzung Auskunfteien: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Union Krankenversicherung AG

Anschrift (Sitz der Gesellschaft): Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken
Internet: www.dienstleisterliste.vkb.de; www.ukv.de
Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vors.), Manuela Kiechle, Andreas Kolb
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Frank Walthes
Registergericht: Saarbrücken HRB 7184
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden

uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg
Internet: www.universa.de/datenschutz; Telefon: 0911/ 5307-0
Sitz der Gesellschaft: Nürnberg; Registergericht: Nürnberg, HRB 540
Vorstand: Michael Baulig (Sprecher), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler
Nutzung Auskunftei: Ist beim Versicherer direkt anzufragen

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart;
Internet: www.wuerttembergische.de/dienstleister
Produktcode „KV31011“ Tel. Vertragsservice: 0711-662723113;
Tel. Leistungsservice 0711-662722112; E-Mail: kranken@wuerttembergische.de
Sitz der Gesellschaft: Stuttgart; Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, HR B Nr. 19456
Besuchsanschrift: Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West; Postanschrift: 70163 Stuttgart
Vorstand: Norbert Heinen (Vors.), Dr. Gerd Sautter
Aufsichtsratsvorsitzende: Marlies Wiest-Jetter
Nutzung Auskunfteien: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99,
76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Internet: www.wuerzburger.com
Sitz der Gesellschaft: Würzburg; Handelsregister: Amtsgericht Würzburg, HRB 3500
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Timo Hertweck
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Gesellschaften

Gesellschaft	Mindestvertragsdauer	Kinderalleinversicherung	Alterssprünge
Allianz Private Krankenversicherungs-AG	2 Jahre/Versicherungsjahresende; bei KT: 1 Jahr/Versicherungsjahresende	ja, Alleinversicherung von Kindern (mit altersentsprechender U-Untersuchung) in der Vollversicherung und bei Wahl von Kostenerstattung ab vollendetem 2. Lebensjahr	16/21
ARAG Krankenversicherungs-AG	24 Monate/Versicherungsjahresende bei KT: 12 Monate/Versicherungsjahresende	Ja	16/21
AXA Krankenversicherung AG	2 Jahre/Kalenderjahresende	Ja, ab dem 16. Lebensjahr	15/20
Barmenia Krankenversicherung a.G.	Tarifabhängig	Ja	14/21
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Tarifabhängig	Nein	15/20
Continental Krankenversicherung a. G.	Tarifabhängig	Nein	16/21
DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung	1 Jahr/Kalenderjahresende (außer bei Vision hier 2 Jahre/KJ)	Nein	15/20, bei Beamten: 14/20
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.	24 Monate/Kalenderjahresende	Ja, ab dem 4. Lebensjahr	16/21
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	2 Versicherungsjahre bei KT: tarifabhängig, 1 oder 2 Versicherungsjahre	Tarifabhängig	nach Vollendung des 14. oder des 19. Lebensjahres (bei Krankheitskostenvollversicherungen)
Gothaer Krankenversicherung AG	2 Jahre/Kalenderjahresende	Ja	16/20
HALLESCHE Krankenversicherung a.G.	2 Jahre/Versicherungsjahresende, bei KT: 1 Jahr/Versicherungsjahresende	Ja	16/20 (nächsthöherer Altersgruppenbeitrag ab Beginn des folgenden KJ)
HanseMerkur Krankenversicherungs AG	2 Jahre/Kalenderjahresende	Ja	15/20
Inter Krankenversicherung AG	2 Jahre/Versicherungsjahresende	Ja, ab dem 1. Lebensjahr	16/21
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.	2 Jahre/Kalenderjahresende/ bei KT 1 Jahr	Ja	16/21
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG	2 Jahre/Kalenderjahresende	Ja, ab Geburt	0-15/16-20/21
R+V Krankenversicherung AG	2 Jahre/Kalenderjahresende bei KT 1 Jahr/Kalenderjahresende	Ja, ab dem 7. Lebensjahr	16
SIGNAL Krankenversicherung a.G.	2 Jahre/Versicherungsjahresende, bei Krankentagegeld- und den Pflegegeldtarifen sowie bei Minderjährigen 1 Jahr/Versicherungsjahresende	Ja, ab dem 4. Lebensjahr	15/20
Union Krankenversicherung AG	Tarifabhängig	Nein	15/20
uniVersa Krankenversicherung a.G.	2 Jahre/Versicherungsjahresende	Nein	16/21
Württembergische Krankenversicherung AG	2 Jahre/Kalenderjahresende	Nein	16/21
Würzburger Versicherungs AG	1 Jahr/Versicherungsjahresende	nicht relevant	nicht relevant

Sepa Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger

(Bitte kreuzen Sie entsprechend der beantragten Gesellschaft an; bei Beantragung mehrerer Versicherer müssen jeweils einzelne SEPA-Mandate ausgestellt werden.)

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG;** Königinstr. 28, 80802 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000063851
- ARAG Krankenversicherungs-AG;** Hollerithstr. 11, 81829 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476
- AXA Konzern AG;** Colonia-Allee 10 – 20, 51067 Köln, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097
- Barmenia Krankenversicherung a.G.;** Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00000010327
- Bayerische Beamtenkrankenkasse AG;** Maximilianstr. 53, 81537 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50BK00000156985
- Continental Krankenversicherung a. G.;** Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000053646
- Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.;** Neue Rabenstr. 15-19; 20354 Hamburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ000000103997
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG;** Aachener Straße 300, 50933 Köln, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000012130
- Gothaer Krankenversicherung AG; Hausanschrift (Sitz der Gesellschaft):**
Arnoldiplatz 1; Postanschrift: 50969 Köln, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000070522
- HALLESCHE Krankenversicherung a.G.;** Reinsburgstr. 10, 70178 Stuttgart, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE89ZZZ00000031444
- HanseMerkur Versicherungen GbR** (zugunsten der HanseMerkur Krankenversicherung AG); Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000066149
- Inter Krankenversicherung AG;** Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172
- Münchener Verein Krankenversicherung a.G.;** Pettenkofenstr. 19, 80336 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000035752
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG;** Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000057335
- R+V Krankenversicherung AG;** Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Sitz: Wiesbaden, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1500800000136566
- SIGNAL Krankenversicherung a.G.;** Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ000000103174
- Union Krankenversicherung AG;** Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69UKV00000157419
- uniVersa Lebensversicherung a.G. im Namen und für Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.;**
Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg; Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000102598
- Württembergische Krankenversicherung AG;** Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart; Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000052734
- WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG;** Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954

Mandatsreferenznummer: (wird vom Versicherer gesondert mitgeteilt)

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 **ermächtige** den angekreuzten Zahlungsempfänger, Zahlungen (Hinweis: bei Allianz gilt anstatt des Wortes „Zahlungen“ der Passus „alle Forderungen zu diesem Vertrag insbesondere auch Beiträge, Zinsen, Gebühren bei Fälligkeit“) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag, z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbau- steine (Hinweis: dieser Satz gilt nicht bei den Gesellschaften BK/UKV, DRK, SIGNAL und uniVersa). Zugleich **weise** ich mein Kreditinstitut **an**, die von dem angegebenen Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschritteinzug spätestens fünf (bei BK/ UKV: drei; DRK/Signal und Würzburger: ein) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird. (Bei BK/UKV: So- fern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.)

Angaben zum Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

Unterschrift:

Mitteilung zum Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit der Versicherer Ihren Antrag/ Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von 3 Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand des Versicherers nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

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 des jeweiligen Versicherers 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 der Leistungspflicht des Versicherers

ursächlich war. Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrages 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, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer

Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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 das Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Dieses Recht auf Vertragsänderung steht dem Versicherer auch dann zu, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil; sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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 der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden Sie in der Mitteilung des Versicherers hingewiesen.

4. Ausübung der 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 er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er 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 er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung von Seiten des Versicherers erlöschen mit Ablauf von drei 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 Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene 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.

Ergänzung zum Krankenversicherungsantrag

- SIGNAL Krankenversicherung a. G.
 Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G

Antrag vom	Versicherungs-Nr.	GD-Nr.
Name, Vorname des Antragstellers (Versicherungsnehmer)		
Name, Vorname der zu versichernden Person(en)		

Sie haben Versicherungsschutz bei einem Krankenversicherungsunternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe beantragt.

Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. und der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. schließen sich unter dem neuen Unternehmensnamen **SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.** zusammen.

Der von Ihnen gestellte Antrag gilt daher abweichend für den Abschluss eines Vertrages bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.. Alle von Ihnen im Antrag abgegebenen Willens- und Wissenserklärungen gehen auf die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. über.

In diesem Zusammenhang gibt es einige Besonderheiten zu beachten über die wir nachfolgend informieren. Bitte bestätigen Sie uns hierzu Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis.

Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
 Joseph-Scherer-Str. 3
 44139 Dortmund

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund
 Vorstand: Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Karl-Joseph Bierth, Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Reinhold Schulte

Internet: www.signal-iduna.de
 E-Mail: info@signal-iduna.de

SEPA-Lastschriftmandat

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 0000103174) ausgeführt. Das von Ihnen im Antrag erteilte SEPA-Lastschriftmandat für die SIGNAL Krankenversicherung a. G. bzw. den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. gilt daher für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 0000103174). Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Die sonstigen Vereinbarungen zum SEPA-Lastschriftmandat gelten unverändert.

Einwilligungserklärungen

Die im Antrag enthaltenen Einwilligungserklärungen haben grundsätzlich weiterhin Gültigkeit. Diese sind aber erneut gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. abzugeben. Hierbei handelt es sich um die nachstehenden Erklärungen.

Erklärung im Zusammenhang mit den Angaben zu Vorversicherungen/bestehenden Versicherungen

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, 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, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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-Partner oder für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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.

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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. Die dazu erforderliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung - Fortsetzung

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verpflichtet 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. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. benötigt 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht in jedem Fall selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigelegt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gibt 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 Einwilligungserklärung für einen Datenaustausch zwischen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. und den gesetzlichen Krankenversicherungen*, mit denen die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Kooperationsvertrag geschlossen hat

Voraussetzung für die von mir beantragte, vergünstigte private Krankenversicherung ist eine bestehende Versicherung bei einer mit der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. kooperierenden gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Kooperation erfolgt im Rahmen des § 194 Abs. 1a SGB V. Innerhalb dieser Kooperation ist es notwendig, Daten auszutauschen. Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. berechtigt ist, meiner gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Kooperationsvertrages den Umfang und das Ende der Krankenzusatzversicherung weiterzugeben, um meiner gesetzlichen Krankenversicherung eine weitgehende Beratung zu ermöglichen. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine gesetzliche Krankenversicherung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die Beendigung meiner Versicherung übermittelt, da hierdurch die Grundlage für die Vergünstigung bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. entfällt. Da der Datenaustausch maschinell erfolgt, werden den Informationen die Anschrift und die notwendigen Verarbeitungsschlüssel hinzugefügt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialdatenschutzgesetzes § 35 SGB I und §§ 67 ff SGB finden Anwendung.

* IKK gesund plus, IKK Brandenburg und Berlin, IKK NORD, BIG Gesundheit, DAK Gesundheit, BKK exklusiv, SIEMAG BKK, BKK ProVita, BKK Verkehrsbau Union (VBU), BARMER, Viactiv BKK

Widerrufsrecht

Ihr Widerrufsrecht gilt entsprechend gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Abweichend zu den im Antrag genannten Kontaktdaten ist der Widerruf zu richten an: SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 135-4638

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@signal-iduna.de

Die vorgenannten Ausführungen habe ich zur Kenntnis genommen und wiederhole die genannten Einwilligungserklärungen gegenüber der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G..

Eine Zweitschrift dieser Erklärung (Seiten 1 - 2) habe ich erhalten / mir ausgedruckt.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist