

**KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung**

**Antragsteller** (Versicherungsnehmer)

Neuantrag  Veränderungsantrag

Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Herr  Frau  Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsang.  ledig  verh.  gesch.  verw.   
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ private Telefon-Nr. mit Vorwahl \*) \_\_\_\_\_ dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl \*) \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Mobil-Telefon-Nr. \*) \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \*) \_\_\_\_\_  
 Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_ persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID) \_\_\_\_\_ \*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.  
 Berufsstellung:  (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner

**Zu versichernde Personen**

Pers.	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung (Ziffer siehe oben)
1	Antragsteller oder _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Über diesen Antrag / Abschlussweg kann eine Versicherung für weitere Personen nur beantragt werden, für die eine **Versicherungssteuerfreiheit nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VStG) besteht, weil sie Angehörige / nahe Angehörige des Versicherungsnehmers sind.** Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Schwiegerkinder und Enkelkinder, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern sowie weitere als Angehörige geltende Personen gemäß § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder § 15 der Abgabenordnung (AO). Weitere Einzelheiten hierzu finden Sie in den Schlusserklärungen unter „Weitere Hinweise“.

**Zusätzliche Angaben bei Krankheitskosten-Vollversicherung bzw. Pflegepflichtversicherung**

Hinweise zum Thema „Datenübermittlung an die Finanzbehörden“ finden Sie in den Schlusserklärungen unter „Weitere Hinweise“

Pers.	persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)
1	_____
2	_____
3	_____
4	_____

**Beantragte Krankenversicherung - Beginn** \_\_\_\_\_

**Person 1**

Tarifbezeichnung	Tarifkurzname	Tagegeld	Beitragsrate monatl. EUR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Krankenversicherung gesamt \_\_\_\_\_  
Entfallende Tarife \_\_\_\_\_

**Person 2**

Tarifbezeichnung	Tarifkurzname	Tagegeld	Beitragsrate monatl. EUR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Krankenversicherung gesamt \_\_\_\_\_  
Entfallende Tarife \_\_\_\_\_

**Person 3**

Tarifbezeichnung	Tarifkurzname	Tagegeld	Beitragsrate monatl. EUR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Krankenversicherung gesamt \_\_\_\_\_  
Entfallende Tarife \_\_\_\_\_

**Person 4**

Tarifbezeichnung	Tarifkurzname	Tagegeld	Beitragsrate monatl. EUR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Krankenversicherung gesamt \_\_\_\_\_  
Entfallende Tarife \_\_\_\_\_

K 301118 01/2023

**Ergänzende Angaben zum Beruf**

- Haben Sie (a) ein Ladengeschäft, (b) einen Gewerbebetrieb, (c) eine Praxis oder (d) einen sonstigen freien Beruf?
- Besteht Anspruch auf Gehalts-/Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, wie lange?

Person   
 Art: a, b, c, d seit wann?   
    
 nein ja

Anz. Mitarbeiter   
 Tage   
 für

Person   
 Art: a, b, c, d seit wann?   
    
 nein ja

Anz. Mitarbeiter   
 Tage   
 für

**Beantragte Pflegepflichtversicherung - Beginn**

Pers.	Tarif	Beitragsrate monatlich EUR	Bisherige private Pflegeversicherung Versicherer	ununterbrochen seit	Monatliches Gesamteinkommen *) höher als Einkommensgrenzwerte?	Ehegatten-/Lebenspartner Beitragsbegrenzung? *)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

\*) Eine Beschreibung der Voraussetzungen einer Beitragsfreiheit für Kinder und einer Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner finden Sie auf den Folgeseiten unter der Rubrik „Weitere Hinweise“. Dort finden Sie auch Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens und zu den in diesem Zusammenhang relevanten „Einkommensgrenzwerten“ = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2023: 485 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 520 EUR.

**Beitragsfreiheit für Kinder**

Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für die Person(en)  und bestätige, dass das monatliche Gesamteinkommen dieser Person(en) nicht über den Einkommensgrenzwerten = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2023: 485 EUR) / für geringfügig Beschäftigte nicht über 520 EUR - liegt.

**Sonstige Kranken-/Pflegeversicherungen und Ansprüche der zu versichernden Personen**

1. Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen gesetzlich oder privat kranken-/pflegeversichert?

Pers.	von	bis	Vers.-Pflicht
			nein ja
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?  nein  ja

3. Wurde ein Krankenversicherungsvertrag vom Versicherer angefochten oder durch Rücktritt beendet oder wurde ein Antrag auf Krankenversicherung abgelehnt?  nein  ja

Person, Versicherer, Einzelheiten

4. Besteht Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe im Krankheits-/ Pflegefall?

Für Pers. Heilfürsorge nein ja Beihilfe im Krankheits-/ Pflegefall Bund/Land %  
 1

Für Pers. Heilfürsorge nein ja Beihilfe im Krankheits-/ Pflegefall Bund/Land %  
 2

Für Pers. Heilfürsorge nein ja Beihilfe im Krankheits-/ Pflegefall Bund/Land %  
 3

Für Pers. Heilfürsorge nein ja Beihilfe im Krankheits-/ Pflegefall Bund/Land %  
 4

**Besondere Vereinbarungen** (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)

Ich beantrage folgende Vereinbarung:

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE38ZZZ00002227957

**Erklärung des Kontoinhabers:** Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN  Bankleitzahl  Konto-Nr. (max. 10 Stellen)  Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber:  Antragsteller oder:  folgende Person: Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:  Unterschrift des Kontoinhabers

**Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.**

**Wichtig: Beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf der Folgeseite.**

Gegenwart	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Körpergröße und Körpergewicht:	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2. Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Besteht eine HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Besteht eine anerkannte Behinderung? <b>Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Vergangenheit</b>				
7. Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Zukunft</b>				
11. Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:</b>				
12. Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <b>Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Fehlen Zähne - außer Weisheitszähnen - im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: <input type="text"/>

**Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.** (Zu den Fragen 7. bis 10. brauchen für bereits versicherte Personen Einzelheiten über Krankheiten oder Behandlungen nicht angegeben zu werden, die der Barmenia Krankenversicherung AG durch Leistungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt sind.)

Zu Pers.	Zu Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Beschwerden, Unfallfolgen, Arzneimittel und Dosierung, Untersuchungsergebnisse, zu behandelnde Zähne	Operation	ambulante Behandlungen von - bis	stationäre Behandlungen von - bis	ausgeheilt ja, seit	nein	Anzahl der AU-Tage	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt (bitte auch unterschreiben) als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. **Lesen Sie bitte zudem die nachfolgende gesamte „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.** Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt. **Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie mitunterzeichnende zu versichernde Personen die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab.**

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

Datum	Antragsteller	Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller	Antragsvermittler / Telefon
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?** - Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, 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, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

**2. Kündigung** - Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur

derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

**3. Vertragsänderung** - Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

**4. Ausübung unserer Rechte** - Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung 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 unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

### 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 Barmenia Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die Barmenia Krankenversicherung AG selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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 Barmenia Krankenversicherung AG

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG 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.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Krankenversicherung AG von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich sowie die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

**2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Barmenia Krankenversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung 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 die Barmenia Krankenversicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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 Barmenia Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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 zu Stande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG**

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

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

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt im Einzelfall 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 Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.datenschutz.barmenia.de](http://www.datenschutz.barmenia.de) eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung AG, Kunden- und Vertragsservice, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: [info@barmenia.de](mailto:info@barmenia.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

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

**3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die Barmenia Krankenversicherung AG 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.

**Anlage: Liste zu 3.2**

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barmenia Versicherungen a. G.</li> <li>• Barmenia Krankenversicherung AG</li> <li>• Barmenia Lebensversicherung a. G.</li> <li>• Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG</li> </ul>	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
International SOS Emergency Services GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe- und Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
Medgate Deutschland AG	Telemedizinische Beratung
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
Thieme TeleCare GmbH	Disease-Management-Programme
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachten-Prüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)



**Schlusserklärungen** des Antragstellers und der zu versichernden Personen**Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld**

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

**Zu-Stande-Kommen des Vertrages**

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

**Versicherungsbedingungen**

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

**Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools**

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Krankenversicherung AG eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Krankenversicherung AG an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt:

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG von ihrer Schweigepflicht.

**HINWEISE****Durchschrift des Antrages**

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

**Weitergabe Datenschutzinformationen**

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

**Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung**

Für die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherungen wird der Vertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, für die Krankentagegeldversicherungen für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Wechsel des privaten Versicherers**

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

**Aufsichtsbehörde**

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht;  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.  
www.bafin.de

**Ombudsmann für private Krankenversicherungen**

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:  
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.  
www.versicherungsbundsmann.de

**Sicherungsfonds für die Krankenversicherung**

Die Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

**WEITERE HINWEISE****Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungssteuer nach dem Versicherungssteuergesetz (VersStG)**

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz). Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten u. a.:

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

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

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

**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 Pflegevers. vor;
- es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung;
- es wird keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt;
- es wird kein Gesamteinkommen erzielt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2023: 485 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 520 EUR. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit von Kindern:

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr 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 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst, einen anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer gem. Entwicklungshelfer-Gesetz für die Dauer von höchstens 12 Monaten.

Ohne Altersgrenze beitragsfrei versichert sind behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten.

**Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung 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 (2023: 485 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 520 EUR. (Aktuellere Grenzwerte bitte erfragen.)

**Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens**

Zum Gesamteinkommen rechnen die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Vom Gesamteinkommen nicht abzuziehen sind: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen (z. B. Zinszahlungen) sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen, z.B. Mutterschafts-/Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.