

Weitere Angaben zum Krankenversicherungsvertrag

A Zu versichernde Person			
Vertragsnummer	Name	Vorname	Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche)* <input type="checkbox"/> Selbstständig* <input type="checkbox"/> Freiberufler (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG)* seit*	Dauer der Gehaltsfortzahlung (Wochen)* <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer* <input type="checkbox"/> Beihilfempfänger* <input type="checkbox"/> in Ausbildung* <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig* ambulant %* stationär %*
--	--

*Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben.

B Pflegepflichtversicherung

1. Falls eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag beantragt wird:
 Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* der zu versichernden Person die Grenze von 485 EUR in 2023 bzw. beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung mehr als 520 EUR in 2023? nein ja

2. Bei Beantragung einer Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner i.S. des Lebenspartnerschaftsgesetzes:

Name des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners	Versicherungsunternehmen	seit
Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners die in Frage 1 genannten Höchstgrenzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

*Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts, z.B. Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mieteinnahmen, Kapitalerträge. Die Grenze für die Familienversicherung beträgt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV bzw. ist bei geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 SGB IV festgelegt.

C Wartezeiten (Der Wartezeiterlass muss von der Generali ausdrücklich bestätigt werden)

Ein Wartezeiterlass wird nur dokumentiert, wenn ein Nachweis über die Vorversicherung und ggf. weitere Unterlagen vorliegen. Gehen die Unterlagen nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Datum der Antragstellung bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Ein Wartezeiterlass ist in der Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung nur möglich, wenn gleichzeitig eine Vollkostenversicherung abgeschlossen wird.

Ein Wartezeiterlass ist in der Pflegezusatzversicherung und der GKV-Zusatzversicherung grundsätzlich nicht möglich.

D Fragen an die zu versichernde Person

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Es ist auch anzugeben, was ausgeheilt ist, selbst wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet oder nicht als solche behandelt wurde. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z.B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ in diesem Formular.

Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind in Abschnitt E genaue Angaben zu machen. Falls die zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Generali Deutschland Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform anzuzeigen.

A1	Haben Sie einen Hausarzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Wenn ja: Name, Adresse und Telefon angeben Wenn nein: Welcher Arzt ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert?	
A2	Einige unserer Tarife bieten eine Gesundheitsgarantie/ein Optionsrecht zur Anpassung des Versicherungsschutzes (wie im Tarifdruckstück und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten beschrieben).	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Soll geprüft werden, ob die Gesundheitsgarantie/ das Optionsrecht zugesagt werden kann?	
	Bitte beachten Sie: Wenn Sie die Frage mit „Nein“ beantworten, wird die Gesundheitsgarantie/das Optionsrecht in Abweichung von der Tarifbeschreibung nicht beantragt und im Versicherungsschein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.	
B1	Körpergröße in cm	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm
	Körpergewicht in kg	<input style="width: 80px;" type="text"/> kg
B2	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B3	Wurde bei Ihnen jemals eine Krebs- oder Tumorerkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren in folgenden Bereichen Krankheiten, Unfallfolgen, Verletzungen oder Beschwerden? Haben Untersuchungen (inklusive Kontrolluntersuchungen und Tests), Beratungen oder Behandlungen stattgefunden?	
B4.1	Herz, Kreislauf oder Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Infarkt, Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B4.2	Atmungsorgane (z. B. akute oder chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe, Entzündung Nasennebenhöhlen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B4.3	Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse oder Leber (z. B. Entzündung, erhöhte Laborwerte, Magen-Darm-Spiegelung, Sodbrennen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B4.4	Niere, Blase, Prostata oder Unterleibsorgane (z. B. Entzündung, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Harninkontinenz, Zysten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B4.5	Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, unerfüllter Kinderwunsch)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B4.6	Stoffwechsel oder Hormonhaushalt (z. B. erhöhte Blutzucker- oder Blutfettwerte, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

D Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

B4.7 Bluterkrankungen (z. B. Anämie, Blutgerinnungsstörung) nein ja

B4.8 Nervensystem, Rückenmark oder Gehirn (z. B. Epilepsie, Migräne, Schwindel, Stand-, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen) nein ja

B4.9 Psyche (z. B. Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen, Trennungs- und Trauerproblematik, ADS, Schlafstörung) nein ja

B4.10 Wirbelsäule, Sehnen, Bänder, Muskeln, Knochen oder Gelenke (z. B. Rücken-, Bandscheiben- oder Knieerkrankungen, Arthrose, Rheuma, Verspannungen) nein ja

B4.11 Haut oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Schuppenflechte, Ekzeme, Neurodermitis) nein ja

B4.12 Augen oder Ohren (z. B. grauer oder grüner Star, Tinnitus, Laserbehandlung) nein ja

B4.13 Infektionen (z. B. akute oder chronische Hepatitis, Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankungen, Infektion nach Zeckenbiss, Covid-19) nein ja

B4.14 Vergiftungen oder Suchterkrankungen (z. B. Alkohol- oder Drogenkonsum) nein ja

B5 Wurden Ihnen in den **letzten 2 Jahren** von Ärzten oder Heilpraktikern Medikamente verordnet? nein ja


B6 Haben in den **letzten 10 Jahren Operationen** (auch ambulante) **oder stationäre Aufenthalte** (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden? ... nein ja


B7 Sind **ambulante oder stationäre Behandlungen**, Beratungen oder Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen) **notwendig oder angeraten?** nein ja

B8 Besteht eine **Schwangerschaft**? Wenn ja, bitte Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Antragstellung angeben nein ja

C1 Bestehen **geistige oder körperliche Beeinträchtigungen** (z. B. Amputationen, Lähmungen, Schwerhörigkeit, Sehschwäche)?
(Bitte Diagnose und Grad der Behinderung angeben) nein ja

C2 Besteht **Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder ist ein Arbeitsunfall** anerkannt (Bitte %-Satz angeben und Bescheid beifügen)? nein ja

 **C3** Wird eine **Sehhilfe** (Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten? nein ja

 **D1** Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? nein ja
 Wenn ja: im Oberkiefer? ja
 Wenn ja: im Unterkiefer? ja
Bei Beantwortung dieser Frage mit „Ja“ wird Folgendes vereinbart:
 Ich bin damit einverstanden, dass für Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung kein Versicherungsschutz für den angekreuzten Kiefer besteht.

D2 Bei wie vielen Zähnen wurde in den letzten zwei Jahren eine Zahnwurzelbehandlung durchgeführt?
Bei bis zu drei wurzelbehandelten Zähnen sind Beitragszuschläge erforderlich. Ab vier wurzelbehandelten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

D3 Wurde in den letzten drei Jahren eine Parodontose oder Parodontitis festgestellt oder behandelt? nein ja
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantworten, können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

D4 Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Zahnersatzmaßnahme statt, oder ist eine solche notwendig oder angeraten? Sofern ein Heil- und Kostenplan vorliegt, fügen Sie bitte diesem Antrag eine Kopie bei. nein ja
Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

D5 Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne sowie Lückenschluss)?
Bei bis zu drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen sind Beitragszuschläge erforderlich. Ab vier fehlenden und nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

E Ergänzende Angaben (zu den in Abschnitt D mit JA beantworteten Fragen)

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, bitte weitere Angaben auf einem Beiblatt machen. Beiblatt: Nein Ja

Frage	Art der Krankheiten, Diagnosen, Beschwerden, Untersuchungen (auch Kontrolle), Beratungen, Behandlungen, Medikamente und Zahnersatz	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Ausgeheilt			Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers, Psychologen, Krankenhauses/der Kurklinik
				Ja	seit	Nein	
				<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"/>	

F Angaben zu anderen Versicherungen

Bitte geben Sie hier Ihre Versicherungen an.
 Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine der folgenden Versicherungsarten für die zu versichernde Person beantragt?
 Ja **A** Gesetzliche Krankenversicherung · **B** Private Krankenversicherung · **C** Pflegeversicherung · **D** Pflegezusatzversicherung Nein

Art A · B · C · D	Gesellschaft/Kasse (auch Generali angeben)	von	bis	mit KHT	mit KT	ab Tag	Pflege tariff- bezeichnung	Pflegegeld	Wer kündigte? VN	VU
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich willige darin ein, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine in diesem Antrag gemachten Angaben zu weiteren Versicherungen durch eine dort gestellte Anfrage überprüft, und entbinde die Mitarbeiter der angegebenen Vorversicherer zu diesem Zweck bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht. Erteile ich die Einwilligung oder die Schweigepflichtentbindungserklärung nicht, kann dies dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag aus diesem Grund nicht zustande kommt.

Besteht für die zu versichernde Person bei einem Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? Nein Ja

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.

Hat ein Krankenversicherer (auch Generali) für die zu versichernde Person in den letzten 3 Jahren einen Vertragsschluss abgelehnt? Nein Ja

Hinweis: In den nachfolgenden Erklärungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Abkürzung „Versicherer“ verwendet. Gemeint ist damit die Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

1. Bonität/Scoring

Bei Anträgen auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ist es zum Schutz der Versichertengemeinschaft erforderlich, Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren in Bezug auf den Antragsteller sowie in Bezug auf alle erwachsenen zu versichernden Personen durchzuführen. Bei Zusatzversicherungen gilt das Gleiche, wenn der Tarif eine Umstellungsoption auf eine Krankheitskostenvollversicherung („Gesundheitsgarantie“) vorsieht. Sollte die nachfolgende Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann dies daher dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt bzw. eine Umstellungsoption nicht ausgeübt werden kann.

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, und Durchführung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, unter Verwendung von Anschriftendaten, von der infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und von der SCHUFA AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden bezieht und verarbeitet. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Nähere Informationen zu diesen Dienstleistern finde ich in der „Kundeninformation“, die mir vor Abgabe meines Antrags in Textform mitgeteilt wird.

2. Einwilligung in die Datenübermittlung von Mitgliedern der BKK Linde bei Teilnahme am Rahmenvertrag

Die Gewährung der im Rahmenvertrag mit der BKK Linde vereinbarten Konditionen hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab. Um prüfen zu können, ob diese bei Ihnen vorliegen, ist es erforderlich, dass der Versicherer und die BKK Linde bestimmte Daten miteinander abgleichen.

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag und jederzeit widerrufbar willige ich für den Fall des Zustandekommens des Vertrages ein, dass der Versicherer allgemeine Vertragsdaten meines Versicherungsvertrages, sofern er innerhalb des Rahmenvertrages zwischen dem Versicherer und der BKK Linde geführt werden soll, nämlich Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, BKK Linde-Mitgliedschaft, abgeschlossene Tarife, Versicherungsbeginn, der BKK Linde übermittelt und ermächtigt die BKK Linde, diese Daten zu nutzen.

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag und jederzeit widerrufbar willige ich für den Fall des Zustandekommens des Vertrages ein, dass die BKK Linde in Bezug auf den Versicherungsvertrag, der innerhalb des oben genannten Rahmenvertrages geführt werden soll, zum Zwecke der Vervollständigung fehlender Angaben im Antrag allgemeine Versichertendaten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) an den Versicherer übermittelt. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und sie jederzeit ohne Angabe von Gründen (auch direkt gegenüber der BKK Linde) widerrufen werden kann.

3. Einwilligung in die Datenübermittlung zwecks Zulageantrag

3.1. Datenübermittlung von der BKK-Linde an den Versicherer

Um die staatliche Pflegevorsorgezulage beantragen zu können, benötigt der Versicherer bestimmte personenbezogene Daten (z.B. Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Anschrift, Rentenversicherungs- oder Zulagennummer).

Um das Antragsverfahren zu vereinfachen bin ich – jederzeit widerruflich und nur sofern der Versicherungsvertrag innerhalb des Rahmenvertrages zwischen BKK Linde und Versicherer geführt wird – damit einverstanden, dass die BKK Linde dem Versicherer solche personenbezogenen Daten übermittelt, die für die Beantragung der Zulage erforderlich sind. Mir ist bekannt, dass bei Widerruf dieser Einwilligung der Versicherer diese Daten unmittelbar bei mir erheben muss.

3.2. Datenübermittlung von dem Versicherer an die zentrale Zulagenstelle

Um die staatliche Pflegevorsorgezulage oder die Zulagennummer beantragen zu können, ist es für den Versicherer erforderlich, der zentralen Zulagenstelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) personenbezogene Daten zu übermitteln (z.B. Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Anschrift, Rentenversicherungs- oder Zulagennummer). Außerdem erhält die zentrale Stelle die Erklärungen der zu versichernden Personen, die diese im Rahmen des Antragsverfahrens gegenüber dem Versicherer abgegeben haben.

Ich willige widerruflich darin ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer in dem für das Antragsverfahren erforderlichen Umfang an die zentrale Stelle übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass bei Widerruf dieser Einwilligung die staatliche Pflegevorsorgezulage vom Versicherer nicht beantragt werden kann und eine Beantragung durch die versicherte Person gesetzlich nicht vorgesehen ist.

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221 1636-0, gesundheit@generali.com oder www.generali.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs beim Versicherer durchgeführt wurden.

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

- durch den Versicherer selbst (unter 4.1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 4.2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 4.4.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.5.).

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.

4.1. 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.

4.2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. 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 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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 führen kann.

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

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

Soweit 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.

4.4. 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.

4.4.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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 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.

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

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Posteingangsbearbeitung und die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, ganz oder teilweise nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland Gruppe 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 derzeit gültige Liste finden Sie in der „Kundeninformation“, die Ihnen vor Abgabe Ihres Antrags in Textform mitgeteilt wird. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.generali.de/dsgvo/ eingesehen oder telefonisch beim Versicherer unter 0221 1636-0 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 für den Versicherer tätigen Mitarbeiter der Generali Deutschland Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4.4.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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 den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt.

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.

4.4.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer 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 der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4.5. 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 beim 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.

H Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags sowie zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Zur Förderung der Transparenz der Datenverarbeitungen ist die Generali Deutschland Krankenversicherung AG den sog. „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ beigetreten. Weitere Informationen zu den Verhaltensregeln und zu Listen der Unternehmen der Generali Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, finden Sie in den „Kundeninformationen“, die Sie vor Ihrer Vertragserklärung erhalten, unter „Hinweise zum Schutz Ihrer Daten“. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali Deutschland Krankenversicherung AG erhalten Sie unter www.generali.de/dsgvo/.

I Wichtige Hinweise

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, die gewählten Tarife mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die Generali Deutschland Krankenversicherung AG schriftlich die Annahme des Antrages erklärt.

2. Widerrufsrecht

Ihnen steht ein gesetzliches Widerrufsrecht zu. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Widerrufsbelehrung. Diese erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

3. Erklärung zu Tagegeldversicherungen

Ab Antragstellung darf der Neuabschluss einer weiteren Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankenhaustagegeld nur mit Einwilligung der Generali Deutschland Krankenversicherung AG beantragt oder abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist die Generali Deutschland Krankenversicherung AG nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, die Krankentagegeld- bzw. die Krankenhaustagegeldversicherung innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen und berechtigt, ihre Leistung ganz oder teilweise zu kürzen.

4. Mitteilung steuerrelevanter Änderungen

Falls die Ausnahmen von der Besteuerung gemäß § 4 VersStG nicht erfüllt sind, ist die Generali gesetzlich verpflichtet, die vom Versicherungsnehmer zu tragende Versicherungssteuer in Höhe von derzeit 19 Prozent an die Finanzbehörden zu entrichten. Um dies zu gewährleisten, verpflichte ich mich, der Generali alle Umstände mitzuteilen, die nach Begründung des Versicherungsverhältnisses zu einer Steuerpflicht führen oder diese entfallen lassen (z.B. Wegfall der Angehörigeneigenschaft).

5. Entgegennahme von Zahlungen

Vermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

J Einschränkung oder Ausschluss der Gesundheitsgarantie / des Optionsrechts

Einige Tarife der Generali Deutschland Krankenversicherung AG bieten grundsätzlich eine Gesundheitsgarantie/ein Optionsrecht zur Anpassung des Versicherungsschutzes (wie im Tarifdruckstück oder im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten beschrieben).

Wie im Abschnitt D „Fragen an die zu versichernde(n) Person(en)“ unter Frage „A2“ gewünscht, prüfen wir, ob und unter welchen Bedingungen der zu versichernden Person eine Gesundheitsgarantie/ein Optionsrecht eingeräumt werden kann.

Falls die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meinen Antrag aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes der zu versichernden Person nur eingeschränkt oder ganz ohne Gewährung der Gesundheitsgarantie/des Optionsrechtes annehmen kann, bin ich – abweichend von der Tarifbeschreibung – mit der Einschränkung bzw. dem Ausschluss der Gesundheitsgarantie/des Optionsrechtes für diese Person einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

K Werbung, Markt- und Meinungsforschung, Kundenzufriedenheitsbefragung

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine E-Mailadresse und Telefonnummer sowie Informationen zu meinem Vertrag mit Ausnahme von Gesundheitsdaten nutzt, um mich über neue Produkte und Serviceangebote der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zu informieren. Dies gilt auch für die Durchführung von Kundenzufriedenheitsbefragungen durch Marktforschungsunternehmen.

Widerrufsbelehrung

Ihre vorstehenden Erklärungen zur Nutzung der E-Mail-Adresse und Telefonnummer für vertragliche Zwecke, Werbung und/oder für Kundenzufriedenheitsbefragungen können Sie jederzeit, ganz oder teilweise, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221-1636-0, gesundheit@generali.com, www.generali.de/widerruf/. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurde.

L Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ auf den folgenden Seiten dieses Antrages, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages werden. Eine Durchschrift des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift der mitzuversichernden Person ab 16 Jahren (bei Personen unter 16 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG erhalten, verständigen Sie uns bitte.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

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

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

Für alle Verträge, die nicht der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dienen, gilt: Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu.

Unser Kündigungsrecht ist auch dann 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 oder weil Ihr Vertrag der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dient, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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.

Was ist für Sie sonst noch wichtig?

1. 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.

2. 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 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.

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn
Vorstand: Uli Rothaufe (Vors.),
Alexander Graf, Ulrich Ostholt, Daniel Spooren
Sitz: München, Amtsgericht München HRB257065
UST-ID-Nr.: DE811233732
Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln
Telefon +49 (0)221 1636-0
www.generali.de