

KUNDENDATEN

Diese Felder bitte ausfüllen.

Herr Frau Vorname Name Geburtsjahr



UNSERE LÖSUNGEN FÜR IHREN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

Leistungen	Tarif	mtl. Beitrag	
Ambulante Zusatzversicherung			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Stationäre Zusatzversicherung			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Zahn-Zusatzversicherung			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld			
			<input type="checkbox"/>
Pflegetagegeld			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>



/

Vermittler-Nr. (nur vom Vermittler auszufüllen)

Daten in Antrag übernehmen 

Gesamt mtl.:

Antrag auf Krankenzusatzversicherung

Neuantrag

BD/Vertretung

UV

Änderungsantrag zu VS-Nr.:



CONCORDIA

Krankenversicherungs-AG

30621 Hannover · Telefon (0511) 5701-1636

1. Antragsteller/in

Herr
 Frau

Vorname/Name

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit*

Gleicher VN wie VSNR:

Straße/Haus-Nr.

PLZ Wohnort/Ortsteil

Beruf / Branche* Selbstständig* nein ja

Telefon beruflich* Telefon privat*

Werbeeinwilligung

Werbung für eigene Produkte

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, über Versicherungsprodukte der Concordia Versicherungen (Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G., Concordia oeco Lebensversicherungs-AG, Concordia Krankenversicherungs-AG) und des Cordial Versorgungsmanagement e.V. per E-Mail und per Telefon informiert zu werden. Zu diesem Zweck dürfen meine/unsere personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Ja Nein

Werbung für Produkte von Kooperationspartnern

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, über Bauspar- und Finanzierungsprodukte der Kooperationspartner der Concordia per E-Mail und per Telefon informiert zu werden. Zu diesem Zweck dürfen meine/unsere personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Ja Nein

Diese Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per Post an Concordia Versicherungen, Werbewiderruf, 30621 Hannover oder per E-Mail: werbewiderruf@concordia.de widerrufen werden.

(Nähere Informationen zum Thema Werbung und zu den Kooperationspartnern ergeben sich aus den Datenschutzhinweisen.)

Fax/E-Mail-Adresse*

* Angaben sind freiwillig

2. Zu versichernde Person (VP)

Ich beantrage den Versicherungsabschluss für die nachfolgend näher genannten Personen, gegebenenfalls als Vertragsänderung.

1. Zu versichernde Person

männlich weiblich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit* deutsch

Seit wann ständig in Deutschland lebend?

Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)

Berufsstand Arbeitnehmer Selbstständig Sonstige

Berufliche Tätigkeit

Versicherungs-/Änderungsbeginn: 0 1 2 0

2. Zu versichernde Person

männlich weiblich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit* deutsch

Seit wann ständig in Deutschland lebend?

Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)

Berufsstand Arbeitnehmer Selbstständig Sonstige

Berufliche Tätigkeit

Versicherungs-/Änderungsbeginn: 0 1 2 0

3. Tarife, Beitrag

Tarif	mtl. Beitrag	Tarif	mtl. Beitrag	Tarif	mtl. Beitrag	Tarif	mtl. Beitrag
<input type="checkbox"/> AZ Kompakt ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KHT ⁸⁾	€	<input type="checkbox"/> AZ Kompakt ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KHT ⁸⁾	€
<input type="checkbox"/> AZP ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT22 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG22 ⁹⁾	€	<input type="checkbox"/> AZP ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT22 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG22 ⁹⁾	€
<input type="checkbox"/> AZSH ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT29 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG29 ⁹⁾	€	<input type="checkbox"/> AZSH ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT29 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG29 ⁹⁾	€
<input type="checkbox"/> AZ TOP ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT43 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG43 ⁹⁾	€	<input type="checkbox"/> AZ TOP ^{1,2)}	€	<input type="checkbox"/> KT43 ⁹⁾ <input type="checkbox"/> KTG43 ⁹⁾	€
<input type="checkbox"/> AZN ^{2,3)}	€	<input type="checkbox"/> Pflege PLUS	€	<input type="checkbox"/> AZN ^{2,3)}	€	<input type="checkbox"/> Pflege PLUS	€
<input type="checkbox"/> SZ1 ⁴⁾ <input type="checkbox"/> SZ2 ⁴⁾	€	<input type="checkbox"/> PG ¹⁰⁾	€	<input type="checkbox"/> SZ1 ⁴⁾ <input type="checkbox"/> SZ2 ⁴⁾	€	<input type="checkbox"/> PG ¹⁰⁾	€
<input type="checkbox"/> SZ PLUS ⁵⁾	€	<input type="checkbox"/> PG1 ¹⁰⁾	€	<input type="checkbox"/> SZ PLUS ⁵⁾	€	<input type="checkbox"/> PG1 ¹⁰⁾	€
<input type="checkbox"/> ZE ^{6,11)} <input type="checkbox"/> ZT ^{6,11)}	€	<input type="checkbox"/> PG2 ¹⁰⁾	€	<input type="checkbox"/> ZE ^{6,11)} <input type="checkbox"/> ZT ^{6,11)}	€	<input type="checkbox"/> PG2 ¹⁰⁾	€
<input type="checkbox"/> ZB ⁷⁾	€	<input type="checkbox"/> PG3 ¹⁰⁾	€	<input type="checkbox"/> ZB ⁷⁾	€	<input type="checkbox"/> PG3 ¹⁰⁾	€
<input type="checkbox"/> BVO	€	<input type="checkbox"/> PG4 ¹⁰⁾	€	<input type="checkbox"/> BVO	€	<input type="checkbox"/> PG4 ¹⁰⁾	€

Gesamtbeitrag: € Die Beitragszahlung erfolgt: monatlich halbjährlich (2 % Nachlass) jährlich (3 % Nachlass)
Diese Nachlässe werden nur gewährt, wenn im Voraus mit Lastschrift bezahlt wird. Der Beitrag wird fällig bei Zustandekommen des Vertrages (zwei Wochen nach Zugang der Police, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn).

Ihre Beiträge sind gemäß § 4 Abs. 5 VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

- Die Tarife **AZ Kompakt**, **AZP**, **AZSH** und **AZ TOP** sind allein abschließbar.
- Der Tarif **AZ Kompakt** ist mit den Tarifen **AZP**, **AZSH**, **AZ TOP** sowie **AZN** nicht gemeinsam abschließbar.
- Der Tarif **AZN** setzt das Bestehen einer der Tarife **AZP**, **AZSH**, **AZ TOP**, **AV** oder **BV** voraus.
- Die Tarife **SZ1** und **SZ2** sind nicht gemeinsam abschließbar.
- Der Tarif **SZ PLUS** setzt das Bestehen einer der Tarife **SZ1** oder **SZ2** voraus.
- Die Tarife **ZE** und **ZT** sind nicht gemeinsam abschließbar. Es erfolgt auf Basis des Zahnstatus eine Zuschlagsberechnung.
- Der Tarif **ZB** setzt das Bestehen einer der Tarife **ZE** oder **ZT** voraus.
- Der Tarif **KHT** ist in 10 €-Stufen bis maximal 50 € täglich für Personen bis 14 Jahre und bis maximal 100 € täglich für Personen ab 15 Jahre versicherbar. Der Beitrag verdoppelt sich für den Teil des Krankenhaustagegeldes, der 70 € übersteigt.
- Die Tarife **KT** und **KTG** sind nicht gemeinsam abschließbar. Die Tarife **KT22**, **KT29** und **KT43** bzw. **KTG22**, **KTG29** und **KTG43** sind in 5 €-Stufen bis maximal 250 € täglich (ggf. aus allen Tarifen zusammen) versicherbar.
- Die Tarife **PG**, **PG1**, **PG2**, **PG3** und **PG4** sind in 5 €-Stufen bis maximal 40 € täglich für Personen bis 14 Jahre (ggf. aus allen fünf Tarifen zusammen) versicherbar, wobei der Tagessatz im Tarif **PG1** auf 10 € begrenzt ist. Für Personen ab 15 Jahre sind (ggf. aus allen fünf Tarifen zusammen) max. 120 € in 5 €-Stufen versicherbar, wobei der Tagessatz im Tarif **PG1** auf 25 € begrenzt ist.
- Personen mit mehr als 4 fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen (ohne Weisheitszähne) sind nicht versicherbar. Für jeden fehlenden, nicht ersetzten Naturzahn (außer Weisheitszähnen) gilt im Tarif **ZE** ein Zuschlag von 1,00 €, im Tarif **ZT** von 2,00 € als vereinbart. Für jeden ersetzten bzw. überkronen Naturzahn gilt ab dem 4. Zahn im Tarif **ZE** ein Zuschlag von 1,00 €, im Tarif **ZT** von 2,00 € als vereinbart. Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne. In den Tarifen **ZE** und **ZT** können wir ab einem errechneten Zuschlag von 20,00 € keinen Versicherungsschutz anbieten.

4. Wartezeiten

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung auf meine Kosten (geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten). ja nein

Ich beantrage für die Tarife **SZ1**, **SZ2**, **SZ PLUS** bzw. in der bisherigen Höhe für die Tarife **KT/KTG** und **KHT** die Anrechnung der Vorversicherungszeiten aufgrund des unmittelbaren Übertritts aus der Vorversicherung auf die Wartezeiten. Den erforderlichen Nachweis reiche ich nach. ja nein

KV000065

1/6

KV-12-2020-03

5. Angaben zu weiteren Versicherungen

Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher GKV bzw. PKV Sie derzeit krankenversichert sind oder letztmalig waren bzw. ob und seit wann Sie Anspruch auf freie Heilfürsorge haben. Bitte teilen Sie uns ebenfalls mit, bei welcher GKV bzw. PKV für Sie derzeit Ihre Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht oder letztmalig bestand. Bitte geben Sie auch abgelehnte Anträge und bestehende, beantragte, gekündigte und beendete Verträge der letzten 5 Jahre an.

Bitte beachten Sie: Der Abschluss der Tarife AZ Kompakt, AZ TOP, SZ1, SZ2, SZ PLUS, ZE, ZT und ZB setzt die Mitgliedschaft bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) voraus. Die Tarife AZP, AZSH sowie AZN setzen ebenfalls die Mitgliedschaft bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. die aktive Versicherung nach einem der Tarife AV bzw. BV bei der Concordia Krankenversicherungs-AG voraus. Die Tarife AZP, AZSH, SZ1, SZ2, SZ PLUS, ZE, ZT und ZB sind zudem für Empfänger freier Heilfürsorge abschließbar.

Endet die Mitgliedschaft in der GKV, der Anspruch auf freie Heilfürsorge bzw. die aktive Versicherung nach einem der Tarife AV oder BV, dann endet auch der Leistungsanspruch aus den versicherten Tarifen. Der Abschluss der Tarife Pflege PLUS, PG, PG1, PG2, PG3 und PG4 setzt das Bestehen der deutschen Pflegepflichtversicherung (PPV) voraus. Endet die Pflegepflichtversicherung, dann kann eine bereits bestehende Versicherung nach den beantragten Tarifen weitergeführt werden.

(Abkürzungen: **GKV** = Gesetzliche Krankenversicherung / **PKV** = Private Krankenversicherung / **KHT** = Krankenhaustagegeld / **KT** = Kranken(tage)geld / **PT** = Pflegetagegeld)

VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	KHT-Höhe in €	KT-Höhe in €	PT-Höhe in €	Wurde in den letzten 5 Jahren ein Antrag/ Vertrag von einer PKV abgelehnt/beendet? nein ja, am (TT.MM.JJJJ)	Versicherungszeiten von – bis (TT.MM.JJJJ)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	– –
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	– –

6. Angaben zu Einkommen und Beruf, wenn KT bzw. KTG beantragt wird

VP-Nr.	Art der beruflichen Tätigkeit bzw. des selbstständigen Gewerbes? Seit wann?	Anzahl der Mitarbeiter?	Selbstständige/Freiberufler			Arbeitnehmer	
			Eintragung ins Handelsregister/Gewerbeanmeldung? Wann?	Ihr Jahresgewinn vor Steuern aus dieser Tätigkeit gemäß aktuellem Steuerbescheid bzw. aktueller Gewinn- und Verlustrechnung?	Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	
				€	€	€	
				€	€	€	

7. Erklärungen über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en)

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:
Bitte lesen Sie vor der Beantwortung der folgenden Gesundheitsfragen die auf der Seite 5 dieses Antragsformulars befindliche Belehrung nach § 19 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes. Beantworten Sie bitte alle Fragen ausführlich. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich betrachten. Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden Gesundheitsfragen können uns – in Abhängigkeit der Schwere Ihres Verschuldens – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Reicht der Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag und unterschreiben Sie dieses. Möchten Sie Angaben gegenüber dem Vermittler nicht machen, benachrichtigen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich (innerhalb einer Woche) schriftlich unsere Gesellschaft. Bitte beachten Sie unbedingt die aufgeführten Hinweise zur Schweigepflichtentbindung.

Besonderer Hinweis zur Verwendung von Gentests:
Da wir Ergebnisse sowie Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen weder entgegennehmen noch verwenden dürfen, brauchen Sie die Ergebnisse solcher prädiktiven Gentests bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben. Falls Ihnen Informationen über Erkrankungen vorliegen – auch solche, die auf diagnostischen genetischen Untersuchungen beruhen – dann sind Sie verpflichtet, diese anzugeben. Eine Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests haben wir für Sie in den „Wichtigen Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtigen Hinweisen“ auf der Seite 6 dieses Antragsformulars aufgenommen.

Wurde eine Anlage verwendet? nein ja, bestehend aus insgesamt Seiten (bitte durchnummerieren und jede einzelne Seite unterschreiben)

Für den Tarif AZP sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten. Die Frage 7.1 ist für die Tarife AZ Kompakt und AZSH zu beantworten. Die Fragen 7.2 und 7.3 sind für den Tarif AZSH zu beantworten. Die Fragen 7.4 bis 7.11 sind für die Tarife AZ Kompakt, AZ TOP, AZN, SZ1, SZ2, SZ PLUS, BVO, KHT, KT22, KT29, KT29, KT29, KT43 und KT43 zu beantworten.

	VP 1	VP 2
7.1 Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) oder ist eine solche angeraten? Anzahl Dioptrien links/rechts: _____ / _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.2 Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre neben einer eventuellen Sehschwäche wegen weiterer Augenerkrankungen (z. B. Hornhautverkrümmung, erhöhter Augeninnendruck, grüner Star, grauer Star, Netzhautablösung) beraten, untersucht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.3 Tragen Sie eine Hörhilfe oder ist eine solche angeraten? Bitte geben Sie auch an, welche Ohrenerkrankungen/Hörschädigungen (z. B. Tinnitus, Schwerhörigkeit) innerhalb der letzten 3 Jahre bestanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.4 Finden derzeit Behandlungen statt oder bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Allergien, körperliche Fehler, Unfallfolgen, Körperimplantate, Behinderungen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Fehlbildungen, Funktionseinschränkungen, Anomalien, eingeschränkte Fertilität oder Sterilität? Bitte fügen Sie bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung den Anerkennungsbescheid bei.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.5 Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation bei Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Psychologen, Psycho-, Physio-, Ergotherapeuten oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.6 Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre ambulant von Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Psychologen, Psycho-, Physio- oder Ergotherapeuten oder anderen Therapeuten beraten, untersucht, behandelt oder operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.7 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre regelmäßig oder wiederholt Medikamente (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.8 Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in einem Krankenhaus beraten, untersucht, behandelt oder operiert bzw. fanden Aufenthalte in einem Sanatorium oder einer Reha- oder Kurklinik statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.9 Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt bzw. bestanden Suchterkrankungen (z. B. Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit) oder Essstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.10 Wurde jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.11 Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg	_____ / _____	_____ / _____

8. Die Fragen 8.1 bis 8.3 sind für die Tarife ZE, ZT, SZ PLUS und BVO zu beantworten.

8.1 Bestehen derzeit Beschwerden im Zahnbereich? Finden derzeit Maßnahmen für Zahnersatz (z. B. Implantatversorgungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Inlays, Onlays) statt oder sind solche notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.2 Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss)?	Anzahl: _____	Anzahl: _____
8.3 Anzahl der fehlenden, ersetzten bzw. überkronen Naturzähne (Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne)?	Anzahl: _____	Anzahl: _____
8.4 Findet derzeit ein Austausch von Füllungen, eine Wurzelbehandlung, chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion) statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.5 Wird oder wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis, Parodontose), des Zahnfleisches, des Kiefergelenks, Zahn- oder Kieferanomalien festgestellt und/oder behandelt? Finden oder fanden innerhalb der letzten 3 Jahre kieferorthopädische Behandlungen oder die Versorgung mit Aufbissbehelfen bzw. Zahnschienen statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. Die Fragen 9.1 – 9.2 sind für die Tarife Pflege PLUS, PG, PG1, PG2, PG3 und PG4 zu beantworten.

9.1 Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Leistungen aus einer Pflegeversicherung, Blindengeld oder Rente wegen Unfall, Berufs- oder Dienstunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhalten, haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (Mde, GdB) von mindestens 50 % oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt bzw. ist dies beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---

9.2 Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen/Diagnosen: (Falls aufgrund der aufgeführten Erkrankungen/Diagnosen innerhalb des Fragezeitraums Behandlungen (z. B. Untersuchungen, Medikationen) stattgefunden haben, ist diese Fragestellung ebenfalls mit „Ja“ zu beantworten.)
 Körperliche bzw. geistige Entwicklungsverzögerung, Gedächtnisstörung, Geistige Behinderung, Depression, Schizophrenie, Gehirnbildung, Hirntumor, Alzheimer, Demenz, Parkinson, Schlaganfall, Epilepsie, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Myasthenie, Amputation, Lähmungen bzw. Schwäche von Gliedmaßen, Blindheit, Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzklappenfehler, Tumor-/Krebserkrankung, Leukämie, Lymphome, Lungenerkrankung, Lungenemphysem, COPD, HIV-Infektion/Aids, Hepatitis, Leberzirrhose, Nierenerkrankungen (außer Nierensteine und Nierenbeckenentzündungen), Diabetes mellitus, Osteoporose, Rheumatische Erkrankungen, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit?

ja nein ja nein

10. Weitere Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 7.1 - 9.2:	VP-Nr.	Zu Frage	Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandelt von / bis (TT.MM.JJJJ)	Operiert?	Ausgeheilt?	Arbeitsunfähig von / bis (TT.MM.JJJJ)
				-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	-
				-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	-
				-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	-
				-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	-

11. Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Adresse Ihres Hausarztes an:
 VP 1: VP 2:
 Welcher Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde ist über Ihren Zahnstatus am besten informiert? (Bitte vollständig mit Name und Adresse angeben):
 VP 1: VP 2:

12. Lastschriftverfahren
 Rechnungen werden nicht versandt
 Mit dem beiliegenden Formular "SEPA-Lastschriftmandat" können Sie das bequeme und kostengünstige Lastschrifteinzugsverfahren vereinbaren.

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, benötigen wir, die Concordia Krankenversicherungs-AG, Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften, 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Concordia Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Concordia Krankenversicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Concordia Krankenversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-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. 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 Vertragsabschluss für die Concordia Krankenversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobewertung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Concordia Krankenversicherungs-AG

Die Concordia Krankenversicherungs-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 Concordia Krankenversicherungs-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 Concordia Krankenversicherungs-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 Concordia Krankenversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Concordia Krankenversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Concordia Krankenversicherungs-AG 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 Concordia Versicherungen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.concordia.de/datenschutz eingesehen oder bei dem **Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, Telefon 0511/5701-1539, E-Mail: datenschutz@concordia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-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 Concordia Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Concordia Versicherungen 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

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Concordia Krankenversicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Concordia Krankenversicherungs-AG 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.

KV000065

3/6

KV-12-2020-03

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 Concordia Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Concordia Krankenversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 Concordia Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler 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 die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Concordia Krankenversicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Concordia Krankenversicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Ort / Datum

Antragsteller/in / Versicherungsnehmer/in

zu versichernde Person
(falls abweichend von Versicherungsnehmer/in)

Gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen
Einsichtsfähigkeit frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Gesetzliche Vertretung

Empfangs-
bestätigung

Ich bestätige hiermit, die folgenden Unterlagen rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages erhalten zu haben:

- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten;
- die Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die in der Kundeninformation genannten Vertragsbestimmungen zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung;
- die Informationen zum Datenschutz;
- die Liste der Dienstleister.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in zur Empfangsbestätigung

Schlussfolgerungen
und Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 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 Versicherungsvertragsgesetzes 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 zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind in dem Versicherungsantrag unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Die Erstattung zurückzahlender Beiträge 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.

Besondere Hinweise: Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Erklärung

Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. (Bitte streichen, sofern nicht gewünscht)

Unterschriften

Bitte beachten Sie: Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden und die auf der Rückseite befindlichen Erklärungen und Hinweise, insbesondere die Einwilligungserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht, die Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie die Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests. Alle Punkte sind wichtige Bestandteile dieses Vertrages.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen

zu versichernde Person/en ab 16 Jahren

Unterschrift Vermittler/in

Mit meiner Unterschrift als Vermittler bestätige ich, dass mir gegenüber - insbesondere zu den Gesundheitsverhältnissen - keine weiteren Angaben als vorstehend gemacht wurden und dass die nebenstehenden Unterschriften in meiner Gegenwart geleistet wurden.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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 Concordia Krankenversicherungs-AG, 30621 Hannover 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 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

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.

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 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 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.

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 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.

Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtige Hinweise

Vorversicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar. Vor der schriftlichen Annahmeerklärung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins empfehlen wir, Ihre bisherige Versicherung nicht vorzeitig zu kündigen.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass ein Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand der Concordia Krankenversicherungs-AG schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder mir der Versicherungsschein zugegangen und die Widerrufsfrist abgelaufen ist. **Die Annahmefrist für den Versicherer beträgt 6 Wochen.** Wird der Antrag innerhalb dieser Frist nicht angenommen, ist kein Vertrag zustande gekommen. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn die Concordia Krankenversicherungs-AG sie schriftlich bestätigt.

Bei der Krankheitskosten-, der Krankentagegeld- und der Pflegetagegeldversicherung handelt es sich jeweils um rechtlich selbstständige Verträge.

Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem technischen Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden während der Vertragsdauer bei einer Beitragsänderung entsprechend angepasst.

Angaben zum Einkommen

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender oder beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Dabei können Beitragsaufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die gesetzliche Rentenversicherung mit berücksichtigt werden.

Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests

Prädiktive genetische Untersuchungen haben das Ziel, die persönliche Disposition für eine möglicherweise zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären (Gentests ohne irgendwelche Symptome von Krankheiten). Ergebnisse sowie Informationen aus prädiktiven genetischen Untersuchungen müssen Sie bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben.

Diagnostische genetische Untersuchungen haben das Ziel, die Ursachen bereits beobachteter Krankheitssymptome oder vorhandener gesundheitlicher Störungen abzuklären. Ergebnisse sowie Informationen aus solchen diagnostischen genetischen Untersuchungen müssen Sie im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht angeben.

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/-in



Versicherungsschein-Nummer

oder beiliegendem Versicherungs-Antrag

und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern

An
Concordia Versicherungen
30621 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers):

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Annahme des SEPA-Lastschriftmandats. Die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. ist berechtigt, die Ausführung abzulehnen bzw. einzustellen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/teilen wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. mit.

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Name und Anschrift Kontoinhaber/-in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in):

Herr

Vorname

Name

Frau

Firma

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Wohnort/Ortsteil

Land

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in

Aufsichtsratsvorsitzender: Jörn Dwehus – Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf, Vorsitzender;
Wolfgang Glaubitz, Johannes Gräle, Henning Mettler, Lothar See

Sitz der Gesellschaft: Hannover – Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit – Registergericht: Amtsgericht Hannover HRB 3461 – USt.-Id.-Nr.: DE 115658106
Besuchsanschrift: Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover – Internet: www.concordia.de

Bankkonto: Nord/LB Hannover IBAN: DE30 2505 0000 0101 4126 66, BIC: NOLADE2HXXX

8808080808

ZI-666-2020-03

UNSERE LÖSUNGEN FÜR IHREN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

Leistungen	Tarif	mtl. Beitrag	
Ambulante Zusatzversicherung			
5 Leistungen kombiniert: Vorsorge/Schutzimpfungen, Sehhilfen, Heilpraktiker/Naturheilverfahren/ Osteopathie, Telemedizinische Beratung			<input type="checkbox"/>
100 % Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmaßnahmen und Schutzimpfungen , max. 600 € pro Jahr (ohne Gesundheitsprüfung)			<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme für Sehhilfen, Operationen zur Sehschärfenkorrektur, Hörhilfen			<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme u.a. für Gesetzliche Zuzahlungen, freie Krankenhaus- wahl, IGe-Leistungen, Kinderwunschbehandlungen und Krankheitskosten im Ausland			<input type="checkbox"/>
80 % Erstattung für Heilpraktikerbehandlungen, Naturheilverfahren, Osteopathische Leistungen , max 1.500 € pro Jahr			<input type="checkbox"/>
Stationäre Zusatzversicherung			
Freie Wahl des behandelnden Arztes und Spezialisten, Einbettzimmer			<input type="checkbox"/>
Freie Wahl des behandelnden Arztes und Spezialisten, Zweibettzimmer			<input type="checkbox"/>
Übernahme der Behandlungskosten auch oberhalb der Gebührenordnung, Ambulante Operationen im Krankenhaus			<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes ohne Kostennachweis in vereinbarter Höhe Tagessatz			<input type="checkbox"/>
Zahn-Zusatzversicherung			
45 % Erstattung für Zahnersatz inkl. Vorleistung der GKV bei 10-jähriger Bonusheftpflege			<input type="checkbox"/>
85 % Erstattung für Zahnersatz inkl. Vorleistung der GKV bei 10-jähriger Bonusheftpflege			<input type="checkbox"/>
100 % Erstattung für Zahnprophylaxe und Zahnbehandlungen; 80 % für kieferorthopädische Maßnahmen inkl. Vorleistung der GKV			<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld			
Krankentagegeld ab dem 43. Krankheitstag Tagessatz			<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld ab dem 43. Krankheitstag Tagessatz			<input type="checkbox"/>
Pflegetagegeld			
Pflegetagegeld Tagessatz			<input type="checkbox"/>
Hilfe- und Assistenzleistungen bei vermutlichem Vorliegen eines Pflegefalls, Nachversicherungsoptionen			<input type="checkbox"/>

Gesamt mtl.: