



## Antrag auf

- ◀ Private Krankenversicherung
- ◀ Pflegepflichtversicherung
- ◀ clinic A und clinic U
- ◀ Düsseldorfer Pflegegeld



## Gültig für folgende Gesellschaften:

Allianz	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	ottonova Krankenversicherung AG
Private Krankenversicherungs-AG	GOTHAER Krankenversicherung AG	R+V Krankenversicherung AG
ARAG Krankenversicherungs-AG	Hallesche Krankenversicherung a. G.	SIGNAL IDUNA
AXA Krankenversicherung AG	HanseMercur Krankenversicherung AG	Krankenversicherung a. G.
Barmenia Krankenversicherung AG	Inter Krankenversicherung AG	Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	Münchener Verein	Union Krankenversicherung AG
Continental Krankenversicherung a. G.	Krankenversicherung a. G.	uniVersa Krankenversicherung a. G.
DBV Deutsche Beamtenversicherung	NÜRNBERGER	vigo Krankenversicherung VVaG
Krankenversicherung	Krankenversicherung AG	

# Antrag auf Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Pflegepflichtversicherung, clinic A und clinic U, Düsseldorfer Pflegegeld

## Hinweise

Die auf Grundlage dieses Antrages abzuschließenden Verträge in der Kranken-, Pflegepflicht-, Unfall- und Pflegeergänzungsversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge. Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 dieses Antrags.

## Kooperation

Eingereicht in Kooperation von  insuro Maklerservice GmbH  blau direkt GmbH & Co. KG  WIFO GmbH

## Antragsteller(VN)

<sup>1</sup>Erstwohnsitz lt. Melde- register (Beachten Sie dazu Seiten 6 und 7 – „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“)

<sup>2</sup>Freiwillige Angabe

<sup>3</sup>nicht zu beantworten bei uniVersa

Anrede  Herr  Frau  ohne Anrede Titel

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Straße, Haus-Nr.<sup>(1)</sup>

PLZ, Ort<sup>(1)</sup>

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit<sup>(3)</sup>  deutsch  in Deutschland  andere  seit

Familienstand<sup>(3)</sup>  ledig  verheiratet/eingetragener Lebenspartner  geschieden  verwitwet

Telefon<sup>(2)</sup>  E-Mail<sup>(2)</sup>

Tätigkeits- status  angestellt  freiberuflich seit   nicht erwerbstätig  selbstständig dem

Beamter Bund Beihilfesatz  %  Beamter Land Beihilfesatz  %

Anzahl der beihilfe- berechtigten Personen   Anspruch auf Heilfürsorge

berufliche Tätigkeit (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)

Geschäftsadresse, Arbeitgeberadresse

Branche

Eintragung im Handelsregister  nein  ja, am

Gewerbeanmeldung, Zulassung  nein  ja, am

## Zu versichernde Personen (VP)

<sup>1</sup>nicht zu beantworten bei uniVersa

	Person 1	Person 2
Versicherungsbeginn	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Antragsteller ist gleichzeitig die zu versichernde Person 1	<input type="text"/>
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ing. Lebenspartner <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ing. Lebenspartner <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Adresse (falls abweichend)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschäftsadresse (bei Angestellten Arbeitgeberadresse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> wie Privatschrift <input type="text"/> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="text"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> wie Privatschrift <input type="text"/> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="text"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> seit <input type="text"/>
Beruf/Branche (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge
Selbstständig/ freiberuflich seit	<input type="text"/> Anzahl sozialversicherungs- pflichtiger Mitarbeiter <input type="text"/>	Selbstständig/ freiberuflich seit <input type="text"/> Anzahl sozialversicherungs- pflichtiger Mitarbeiter <input type="text"/>
Eintragung im Handelsregister	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>	Eintragung im Handelsregister <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>
Gewerbeanmeldung/ Zulassung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>	Gewerbeanmeldung/ Zulassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>
Beihilfeanspruch nach Richtlinie	<input type="checkbox"/> Bund <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Land <input type="text"/> seit <input type="text"/> ambulant <input type="text"/> % stationär <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Bund <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Land <input type="text"/> seit <input type="text"/> ambulant <input type="text"/> % stationär <input type="text"/> %
Beantragung von Ausbildungstarifen	<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/in	<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/in
Dauer der Ausbildung/ des Studiums	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Dauer der Ausbildung/ des Studiums von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Auslandsaufenthalt	Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Grenzgänger	Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soweit die versicherten Personen vom Antragsteller abweichen: Handelt es sich bei diesen Personen um nach den Grundsätzen der beantragten Gesellschaft versicherbare (nahe) Angehörige des Antragstellers? (siehe Seite 8, Definition der nahen Angehörigen)	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## Versicherer

Anschrift und Rechtsform auf Seite 8

Gesellschaft

Neuantrag  Änderungsantrag zur VNr.

## Tarife und Beiträge

bei den Tarifen AXA ActiveMe, HanseMerkur AZP und ottonova Anlage zum Antrag beachten!

Tarife und Beiträge Person 1	Fortsetzung Person 1	Tarife und Beiträge Person 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Risikozuschlag (RZ) (Details Seite 4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegepflichtversicherung <input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> clinic A* <input type="checkbox"/> clinic U*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Düsseldorfer Pflegegeld (Details Seite 4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Tarife clinic A und clinic U der HanseMerkur Krankenversicherung AG. Die Monatsbeiträge je Tarif unabhängig vom Geschlecht: 0 - 19-jährige 3 EUR, 20 - 60-jährige 9 EUR. (nicht möglich in Verbindung mit Tarifen der AXA/DBV)

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

**WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:**

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die Ihnen gesondert ausgehändigten Erläuterungen des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Seite 7). Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer im Abschnitt „Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12“ genaue Angaben zu machen.

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht.

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich der Versicherung innerhalb einer Frist von 3 Tagen ab Antragstellung.

1. Körpergröße und Gewicht

Person 1	
cm	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Person 2	
cm	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Einschränkungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (bei Wuerttembergische die letzten 10 Jahre, auch Hilfsmittelversorgung; bei R+V auch Erkrankungen des Gehirns oder Nervensystems die letzten 10 Jahre; bei DKV Leistungen aus privater/sozialer Pflegeversicherung beantragt o. Antrag beabsichtigt?)

nein  ja

nein  ja

3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Wuerttembergische die letzten 5 Jahre; für ambulante Operationen bei Allianz, DKV, HanseMerkur, R+V, SDK und SIGNAL IDUNA die letzten 5 Jahre, bei ottonova die letzten 10 Jahre)

nein  ja

nein  ja

4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kur- oder Rehamaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 6 Jahre; bei ottonova und Wuerttembergische die letzten 10 Jahre)

nein  ja

nein  ja

5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei Continentale und SIGNAL IDUNA: einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK, Hallesche, Inter, Nürnberger, ottonova, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA, UKV, uniVersa und Wuerttembergische die letzten 10 Jahre)

nein  ja

nein  ja

6. Besteht eine Fehlsichtigkeit?

nein  ja

nein  ja

Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)?

(nicht erforderlich bei Allianz, HanseMerkur, R+V und Wuerttembergische)

<input type="text"/>	Li	<input type="text"/>	Re
----------------------	----	----------------------	----

<input type="text"/>	Li	<input type="text"/>	Re
----------------------	----	----------------------	----

7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?

nein  ja

nein  ja

(bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL IDUNA ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulant) die letzten 3 Jahre; bei SDK die letzten 10 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur)

8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) (nur bei BK, Gothaer und UKV) Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegeergenzen? Weshalb? h) (nur bei DKV) Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?

nein  ja

nein  ja

9.1 Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche? (bei HanseMerkur nicht zu beantworten; bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei Nürnberger, R+V, SIGNAL IDUNA, SDK und uniVersa die letzten 10 Jahre; bei ottonova zeitlich unbegrenzt)

nein  ja

nein  ja

9.2 Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel/ Beruhigungsmittel verordnet oder regelmäßig eingenommen? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei ARAG und R+V die letzten 12 Monate; bei AXA/ DBV die letzten 10 Jahre, wenn länger als 6 Wochen; bei HanseMerkur zeitlich unbegrenzt)

nein  ja

nein  ja

9.3 Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei AXA/DBV, BK/UKV, R+V und uniVersa die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur und ottonova zeitlich unbegrenzt)

nein  ja

nein  ja

10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen? (bei R+V die letzten 10 Jahre; nur bei Allianz und Continentale: Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?)

nein  ja

nein  ja

11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Krebs- oder Tumorerkrankung behandelt, beraten oder untersucht? (nur zu beantworten bei BK, Münchener Verein und UKV die letzten 5 Jahre; bei ottonova und R+V (auch gutartige Tumoren) die letzten 10 Jahre)

nein  ja

nein  ja

12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa; bei Wuerttembergische: Mit einem Prothesenglied versorgte Zähne sind wie fehlende Zähne zu bewerten; bei BK u. UKV: auch Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind)

keine

keine

12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen (nicht erforderlich bei Hallesche)? Oder besteht eine Zahnbettterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?

nein  ja

nein  ja

12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront?

<input type="text"/>	ersetzt	<input type="text"/>	überkr.
----------------------	---------	----------------------	---------

<input type="text"/>	ersetzt	<input type="text"/>	überkr.
----------------------	---------	----------------------	---------

(zu beantworten bei Allianz, Hallesche, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-Z und SIGNAL IDUNA älter 5 Jahre, bei Continentale und SIGNAL IDUNA inkl. prothetisch versorgter Zähne; bei BK u. UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre und nur für Personen älter 18 J.; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz, bei BK, Inter u. UKV auch herausnehmbarer Zahnersatz sowie Inlays/Onlays, bei Inter zudem auch teilüberkronte Zähne; bei SIGNAL IDUNA ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben)

12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)?

(nicht erforderlich bei Allianz und Wuerttembergische; bei Continentale nur für Personen älter 18 J.)



12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben?

(nur bei Münchener Verein und SDK zu beantworten, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben)



**Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12**

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der laufenden Nummer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen (2-12), es liegen diesem Antrag zusätzliche Blätter für weitere Angaben bei. Anzahl:

**Versicherungsnehmer**

Datum 

**Risikozuschläge**

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden	RZ für Person <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	RZ auf Tarif <input type="text"/>	RZ in % <input type="text"/>	RZ in € <input type="text"/>	RZ wegen Diagnose <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hausarzt und Zahnarzt**

(Bei Tarifen mit freier Arztwahl ist die Angabe eines Hausarztes nicht notwendig.)

Person 1		Person 2	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige	Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige
Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>	Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>
Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Krankentagegeld und Einkommen**

Höhe der durchschnittlichen mtl. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate (z. B. nicht selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)

Person 1		Person 2	
brutto €	netto €	brutto €	netto €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tage	Wochen	Tage	Wochen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dauer der Gehaltsfortzahlung (Tage/Wochen)

Sind Sie als geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, oHG etc. am Stammkapital zu mindestens 50% beteiligt?  nein  ja

Das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldversicherern) übersteigt nicht das zu versichernde Nettoeinkommen der letzten 12 Monate und die gewählte Karenzzeit ist nicht kürzer als die Dauer des Anspruchs aus der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

**Angaben zur Pflegepflichtversicherung**

**Neugeschäftskonditionen** nach § 110 Abs. 3 SGB XI; **Altbestandskonditionen** nach § 110 Abs. 1 und 2 SGB XI;

Für die Beitragsberechnungen gelten: **Neugeschäftskonditionen** (= neu) oder **Altbestandskonditionen** (= alt)

Übersteigt das regelmäßige monatliche Einkommen\* die Grenze für die Familienversicherung\*\*?

Person 1		Person 2	
<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bei Ehepaaren:\*\*\***  Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung für den nachfolgenden Ehegatten:

Name, Vorname des Ehegatten	<input type="text"/>	Pflegepflichtversicherung des Ehegatten*** bei Gesellschaft:	<input type="text"/>	Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaftsversicherung.
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

**Bei Kindern:**  Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der privaten Pflegepflichtversicherung für  Person 1  Person 2 und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI (Details zu den Voraussetzungen auf Seite 8) erfüllt sind. Der nachgenannte Elternteil ist privat pflegepflichtversichert (nicht als Anwartschaft).

Name, Vorname	<input type="text"/>	bei	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
---------------	----------------------	-----	----------------------	------	----------------------

Gleichzeitig bestätige ich, dass das monatl. Gesamteinkommen\* des oben aufgeführten Ehegatten bzw. Lebenspartners bzw. Kindes nicht regelmäßig über der Grenze für die Familienversicherung\*\* liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich Beiträge nachentrichten. Ein Nachweis über das anderwertige Bestehen einer Pflegepflichtversicherung folgt.

\* Als Gesamteinkommen (Definition siehe Schlusserklärung) gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). \*\* 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Betrag bitte erfragen (in 2023: 485 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 8a SGB IV nicht mehr als 520 EUR. \*\*\* Ebenfalls Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

**Vorversicherung**

Der Antragsteller ist verpflichtet, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da die Angaben bei der Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung vom Vorversicherer und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben des Antragstellers oder der Versicherten benötigt werden. Hinsichtlich der Verifizierung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung mit dem Vorversicherer erforderlich sein.

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung, eine Versicherung für den Pflegefall, ein KT, Kurtagegeld oder KHT? Wurde in den letzten 5 Jahren eine solche beantragt, abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt? (bei DKV, Gothaer, Inter u. Wuerttembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre)

Der Vorversicherungsnachweis wird vom Versicherungsnehmer/Antragsteller nachgereicht.

**Ich bin damit einverstanden, dass der beantragte Versicherer hinsichtlich meiner Angabe vor Antragsannahme oder im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.**

	GKV/ PKV	Versicherer bzw. Kasse	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Abgelehnt am	Vertrag ruhend gestellt seit	Gekündigt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Besteht weiterhin parallel ein Kranken-, Krankenhaus-, Kur-, Pflegegeld?
VP 1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art
VP 2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art

**VN** Bitte geben Sie zusätzlich an, falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind,

oder der VN derzeit Beitragsrückstände bei einem Krankenversicherer hat.

Eine Übertragungswertbescheinigung bei Wechsel von PKV zu PKV  nein  ja  habe ich beigefügt  reiche ich nach

**Wartezeiterlass**

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, falls nachstehend nichts anderes beantragt und vom Versicherer bestätigt wird.

Person 1	Person 2
<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 <input type="checkbox"/> nein

Für die Wartezeiten beantrage ich die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der privaten Krankenversicherung. Den Vorversicherungsnachweis der Krankenversicherung reiche ich nach.

Durch eine ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung, deren Kosten ich trage, beantrage ich nur für die Krankenversicherung und soweit die Tarifbedingungen dies vorsehen, den bedingungsgemäßen Erlass der allgemeinen und ggf. der besonderen Wartezeiten. Dieser Antrag gilt als auf den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten gerichtet, wenn der Untersuchungsbefund auf einem Vordruck des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen (BK, Hallesche und UKV: nicht innerhalb von 21 Tagen, Continentale u. Gothaer: nicht innerhalb von 28 Tagen, uniVersa: nicht innerhalb von 1 Monat) nach Antragstellung beim Versicherer eingegangen ist.

**Düsseldorfer Pflegegeld**

**Antrag zur Pflegetagegeldversicherung Düsseldorfer Pflegegeld der vigo Krankenversicherung VVaG. Aufnahmefähig sind Personen ab 12 Jahren.**

Person 1					Person 2					
Pflegegrad	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Pflegetagegeld in EUR pro Tag	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Optionale Tarifbausteine	<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Dynamik im Leistungsfall (Dyn) <input type="checkbox"/> Einmalleistung (E) <input type="text"/>				
monatlicher Gesamtbeitrag	€					€				
Beitragsbefreiung ab Pflegegrad (erfolgt ab zweitkleinstem versicherten Pflegegrad)	<input type="text"/>					<input type="text"/>				

Hinweise Es müssen mindestens die Pflegegrade 4 und 5 versichert werden. Das Pflegetagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 darf das versicherte Pflegetagegeld für den jeweils nächst höheren Pflegegrad nicht überschreiten. Abschließbar sind für die Pflegetagegelder das Vielfache von 5 EUR, die Mindestabsicherung beträgt 10 EUR Pflegetagegeld. Bei einer Einmalleistung ist das Vielfache von 500 EUR (bis max. 5.000 EUR) ab Pflegegrad 3 abschließbar (sofern versichert).

Versicherungsnehmer

Datum

Besondere Vereinbarungen

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, sofern die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Zahlungsweise

Zahlungsweise (bei Allianz, ottonova und R+V nur monatliche Zahlungsweise möglich)  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Steuer-Identifikationsnummer

Nur relevant für Krankenversicherung

VN

Person 1

Person 2

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)

**Datenübermittlung an die Finanzbehörde:** Im Rahmen des §10 Abs. 2b EStG ist der Versicherer verpflichtet, den Finanzbehörden Ihre Vorsorgeaufwendungen – geleistete und erstattete Beiträge – für die Krankenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung sowie für einen Anspruch auf eine Krankenvollversicherung zu melden. Hierzu benötigt der Versicherer Ihre Steueridentifikationsnummer und die Steueridentifikationsnummer von ggf. mitversicherten Personen. Falls Sie dem Versicherer die Steueridentifikationsnummer(n) nicht mitteilen können, wird der Versicherer diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen und für die Meldungen verwenden.

Beratungsdokumentation

erstellt und ausgehändigt  nicht erstellt, da Antragsteller durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Beratung bzw. auf deren Dokumentation verzichtet hat

Empfangsbestätigung

**Empfangsbestätigung:** Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; bei AXA, HanseMerkur: „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif“ und nur bei HanseMerkur: „Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person“; bei Gothaer: „Die Kundeninformationen nach Informationspflichtenverordnung VVG-Info V“) und weitere Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG, das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten (für Halesche: „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung), die Widerrufsbelehrung zu meiner beantragten Versicherung (sofern nicht mit Zugang des Versicherungsscheins, Details siehe Seite 8) sowie die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

(bei HanseMerkur: Druckstücknummer/Tarif und Stand, bei R+V: Bedingungsheft und Stand)

Den Empfang der genannten Unterlagen bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

X  
Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers, der gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen

Erklärungen und Hinweise

**Erklärungen zum Beginn des Versicherungsschutzes:** Sofern der von mir beantragte Versicherungs-/Tarifbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsrecht), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz bedingungsgemäß vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor Ablauf der ggf. geltenden Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

**Schlussklärung:**

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

Dieser Antrag besteht aus den Seiten 1 bis 8 sowie dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Mitteilung des Versicherers nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ (Seite 7), die wichtigen Definitionen und Hinweise (Seite 7 und 8) sowie die Ihnen übermittelte Widerrufsbelehrung zu Ihrer beantragten Versicherung bei der ausgewählten Gesellschaft bzw. den Hinweis zum Erhalt der Widerrufsbelehrung (Seite 8). Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.

**Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:**

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

**Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein, bzw. gebe ich zu folgenden Sachverhalten die umseitigen Erklärungen ab.**

- 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer; 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten; 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht; 2.2 Erklärung für den Fall des Todes; 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers; 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung; 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen); 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen; 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler; 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

**Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf Seite 6**

**Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung**

**Ferner willige ich in die „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“ sowie in die „Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Serviceanbieter betreffend“ ein (siehe Seiten 6 und 7).**

**Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich die auf den nächsten Seiten abgedruckten und von mir mit meiner Unterschrift abgegebenen Erklärungen zur Kenntnis genommen habe. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Antrages.**

**Unterschrift(en) Antrag**

X  
Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers

Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers

**Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en)** ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

**Unterschrift (Vermittler)**

Unterschrift des Antragsvermittlers

**Unterschrift(en) Datenschutz**

X  
Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers

Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers

**Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en)** ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Vermittlernummer (intern)

Vor- und Zuname des Antragsvermittlers (in Blockschrift)

Vermittelt durch

**insuro Maklerservice GmbH**

Bonner Str. 271  
50968 Köln  
Telefon (0221) 430 966-0 E-Mail info@insuro.de  
Telefax (0221) 430 966-22 Internet www.insuro.de  
Geschäftsführer: Jan Dinner  
Sitz der Gesellschaft: Köln  
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 76589  
Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Köln unter Reg.-Nr. D-JHQW-EKXCM-66

**blau direkt GmbH & Co. KG**

Kaninchenborn 31  
23560 Lübeck  
Telefon (0451) 87 20 11 51 E-Mail info@blaudirekt.de  
Telefax (0451) 87 20 12 51 Internet www.blaudirekt.de  
Geschäftsführung: blau direkt GmbH  
Geschäftsführung GmbH: Lars Drückhammer, Oliver Pradetto  
Sitz der Gesellschaft: Lübeck  
Handelsregister: Amtsgericht Lübeck HRA 3826  
Eintragung im Vermittlerregister der IHK zu Lübeck unter Reg.-Nr. D-VSBU-35FV4-96

**WIFO GmbH**

Gewerbering 15  
76287 Rheinstetten  
Telefon (07242) 930-0 E-Mail info@wifo.com  
Telefax (07242) 930-100 Internet www.wifo.com  
Geschäftsführer: Sven Burkart  
Sitz der Gesellschaft: Rheinstetten  
Handelsregister: Amtsgericht Mannheim HRB 105386  
Eintragung im Vermittlerregister der IHK Karlsruhe unter Reg.-Nr. D-UUSH-YIZLZ-61

# Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Die abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Seite 8 genannte Versicherer, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindungen ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB strafgesetzlich geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- und IT-Dienstleister, Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, zentrale Datenverwaltung, Forderungs- oder Beschwerdemanagement, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter den auf Seite 8 genannten Adressen des jeweiligen Versicherers zu widerrufen. Die Versicherer weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten – durch den beantragten Versicherer (und die dem Konzern zugehörigen Gesellschaften) selbst (unter 1.) – im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) – bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) – wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

**Ich willige ein**, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des 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 der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen, z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

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

Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

*(Unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2; bei Allianz, AXA/DBV, Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, Inter, ottonova und SIGNAL IDUNA nur Möglichkeit 2 (Einzelfall) möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag)*

#### Möglichkeit 1:

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

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

#### Möglichkeit 2:

VP1  VP2 **Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich – in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige – oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie in der Unfallversicherung für einen Zeitraum von fünf Jahren und in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergreifen 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 wurden, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nicht für Allianz, Continentale, DKV, Gothaer, ottonova und SIGNAL IDUNA)

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. Auf dafür bedarf der Versicherer einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

*(Bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag; bei Hallesche, Nürnberger ist nur die Möglichkeit 1 auswählbar; bei AXA/DBV und Inter ist nur die Möglichkeit 2 auswählbar)*

#### Möglichkeit 1:

VP1  VP2 Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1)

#### Möglichkeit 2:

VP1  VP2 Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

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

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führt der Versicherer nicht selbst durch. Insoweit hat der Versicherer diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Versicherungs-

gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Versicherungsgruppe übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für den Versicherer und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragsstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet beim jeweiligen Versicherer eingesehen oder dort angefordert werden (Kontaktadressen bzw. Internetadresse siehe Seite 8). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

#### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz, Barmenia und HanseMerkur)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

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

#### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

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

Die Sie betreuenden Vermittler können – falls erforderlich – zu vertragsbezogenen Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) 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 für bestimmte Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Risikoauschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an die für mich zuständigen selbstständigen 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 der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden beim dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem 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.

## Weitere wichtige Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt der Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Verhaltensregeln können Sie in der jeweils gültigen Fassung auf der Homepage der Gesellschaft nachlesen (Adresse siehe Seite 8).

Auf Wunsch sendet Ihnen der Versicherer einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln auch zu. Bitte wenden Sie sich dafür an die auf Seite 8 angegebene Post- oder E-Mailadresse des Versicherers.

**Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ (Allianz und SDK; „Information zur Verwendung Ihrer Daten“; BK/UKV u. R+V; „Merkblatt zur Datenverarbeitung“; Gothaer; „Datenschutz-Informationenblatt“; Hallesche; „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung“; Continentale und HanseMerkur; „Datenschutzhinweise“).**

**Einwilligung in die Bonitätsauskunft (gilt für alle Versicherer (außer Würzburger); bei Allianz, ARAG, Barmenia, BK/UKV, Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, Inter, Nürnberger, uniVersa: nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung; bei DKV auch Krankentagegeldversicherung)**

**Ich willige jederzeit widerrufbar ein**, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien (wie z. B. Infocore, Creditreform, Schufa) einholt und verarbeitet.

*(Folgender Absatz gilt nicht für ARAG, Barmenia, SIGNAL IDUNA und BK/UKV):*

**Darüber hinaus willige ich jederzeit widerruflich ein**, dass der jeweilige Versicherer im Rahmen der Geltendmachung von Ansprüchen auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses meine personenbezogenen Daten inklusive meiner nach § 203 StGB geschützten Daten, jedoch ohne Gesundheitsdaten, an Auskunfteien übermittelt sowie dort meine Bonitätsdaten einholt und verarbeitet.

Welcher Versicherer welche Auskunftei nutzt, erfahren Sie bei den Gesellschaftsangaben auf der Seite 8. Dabei können die Auskunfteien dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren [gilt nicht für Barmenia und uniVersa]). Zur Identifikation werden der vollständige Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien (z. B. Schufa Holding AG) zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist (gilt nicht für Hallesche und SIGNAL IDUNA).

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

### **Folgende Einwilligung gilt nur bei Beantragung der AXA/DBV und Hallesche:**

**Ich willige ein**, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung während der ersten fünf Jahre zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen sowie zur Überprüfung und Verbesserung der Annahmerichtlinien verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten in eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für den jeweiligen Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Der Versicherer weist ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

### **Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung der Continentale:**

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

**Ich willige jederzeit widerruflich ein**, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der SCHUFA und infocore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Krankenversicherung a. G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsauskunft benötigt der Versicherer die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

### **Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie die nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und KV Werk GmbH**

#### **Einwilligung an den Vermittler (selbstständiger Versicherungsmakler)**

Die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG arbeitet mit selbstständigen Versicherungsmaklern zusammen, die Verträge vermitteln und bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge mitwirken. Teilweise erfolgt die Kommunikation des für Ihren Vertrag als Vertragspartner zuständigen Versicherers direkt über den Vermittler. Damit der Versicherer auch Ihrem Vermittler Angaben zu Ihrer Person, insbesondere Angaben zu Ihrer Gesundheit (z. B. Annahme von Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken) und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten übermitteln darf, ist Ihre Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht notwendig.

**Ich willige jederzeit widerruflich ein**, dass der Versicherer Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (*gilt nicht für SIGNAL IDUNA*) nicht nur an die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG, sondern auch an meinen zuständigen Berater übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, wenn dies zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen von der Schweigepflicht gegenüber meinem Berater.

**Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein**, dass mein zuständiger Berater meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

#### **Einwilligung an die KV Werk GmbH**

Die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG bzw. WIFO GmbH wird bei der Angebotserstellung, Antragsabwicklung und Verwaltung der Versicherungsverträge durch die KV Werk GmbH unterstützt. Hierfür benötigt die KV Werk GmbH Informationen zu den vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre personenbezogenen Daten sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für die Weitergabe dieser Daten von insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG bzw. WIFO GmbH, vom Versicherer und von Ihrem zuständigen Berater an die KV Werk GmbH wird Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigt.

**Ich willige jederzeit widerruflich ein**, dass der Versicherer die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG bzw. WIFO GmbH und mein zuständiger Berater Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (*gilt nicht für SIGNAL IDUNA*) an die KV Werk GmbH übermitteln und die Daten von dieser verarbeitet werden dürfen, wenn diese zu den oben genannten Zwecken erforderlich sind. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen, die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG bzw. WIFO GmbH und den für mich zuständigen Berater von der Schweigepflicht gegenüber der KV Werk GmbH.

**Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein**, dass die KV Werk GmbH meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer, die insuro Maklerservice GmbH bzw. blau direkt GmbH & Co. KG bzw. WIFO GmbH und meinen Berater übermitteln darf und die Daten von diesen verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### **Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung.**

Ihre personenbezogenen Daten können ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für die eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Versicherers und dessen Kooperationspartnern sowie zur Markt- und Meinungsforschung des Versicherers verwendet werden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Der Widerspruch ist z. B. per Brief, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an den Versicherer.

### **Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person für die private Kranken-, Pflegepflicht- und Unfallversicherung**

#### **Grundlage des Versicherungsvertrages**

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der auszustellende Versicherungsschein, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen in der Kranken- und Pflegepflichtversicherung in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und den Tarif- und Informationsblättern.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die zu den beantragten Tarifen geltenden Tarifbestimmungen, die Vertragsinformationen und Informationsblätter zu Versicherungsprodukten müssen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein zugegangen ist oder der Versicherer in Textform eine Annahme erklärt. Das Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir als Versicherer (nachfolgend der Versicherer genannt) Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten Fragen in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder 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 der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### **Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers

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

#### **2. Kündigung**

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

Ferner ist bei den Gesellschaften Allianz, ARAG, BK, Continentale, DKV, MV, R+V, SDK und UKV ein Kündigungsrecht bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ausgeschlossen. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

#### **3. Vertragsänderung**

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Dies gilt auch, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es gilt weiterhin: sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabrisierung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird Sie der Versicherer in der Mitteilung hinweisen.

#### **4. Ausübung der Rechte des Versicherers**

Der Versicherer kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte des Versicherers hat dieser die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## **Wichtige Hinweise und Erklärungen**

### **Nebenabreden**

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

### **Mitversicherung von Kindern**

Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sind beitragsfrei versichert, wenn sie

- I) nicht nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
- II) nicht nach § 20 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind,
- III) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
- IV) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

V) kein Gesamteinkommen<sup>1</sup> haben, das 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (im Jahr 2023 monatlich 485 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 8a SGB IV die Geringfügigkeitsgrenze überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

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

<sup>1</sup> Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter (auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob), Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb). Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen: 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 sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohn-geld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

<sup>2</sup> Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen Sie Ihren Berater.





# SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

## SEPA-Lastschriftmandat

zum Antrag vom

**Ich ermächtige** die angekreuzten Zahlungsempfänger, Zahlungen (Für die Allianz gilt: Insbesondere auch für Zinsen, Gebühren) für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen (für die AXA gilt: Sofern gewünscht, kann dieses Mandat für weitere Verträge des Zahlungspflichtigen im Hause der AXA genutzt werden). Zugleich **weise ich** mein Geldinstitut **an**, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens fünf (bei BK und UKV drei, bei Continentale, SIGNAL IDUNA und Würzburger einen) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

## Versicherungsnehmer (VN)

**Wichtig:** Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

### Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname  
(bzw. Firma)

### Kontoinhaber

Name, Vorname  
(bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße,  
Hausnummer

PLZ, Ort

- Kontoinhaber ist gleichzeitig Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller  
 Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller  
Als abweichender Beitragszahler bestätige ich als Kontoinhaber, die Datenschutzhinweise des Versicherers erhalten zu haben.

## Bankverbindung

Geldinstitut

IBAN

BIC

(nicht erforderlich bei Geldinstituten mit Ländercode DE)

## Zahlungsweise

Zahlungsweise (bei Allianz und R+V nur monatliche Zahlungsweise möglich)  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

## Zahlungsempfänger

Bitte zutreffende Gesellschaft ankreuzen (bei Beantragung mehrerer Gesellschaften müssen jeweils einzelne SEPA-Mandate ausgestellt werden).

Zahlungsempfänger und Gläubiger-Identifikationsnummer

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Allianz Private Krankenversicherungs-AG</b><br>DE40ZZZ00000063851 | <input type="checkbox"/> <b>Hallesche Krankenversicherungs a. G.</b><br>DE89ZZZ00000031444  | <input type="checkbox"/> <b>SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.</b><br>DE81ZZZ00000103174   |
| <input type="checkbox"/> <b>ARAG Krankenversicherungs-AG</b><br>DE70ZZZ00000009476            | <input type="checkbox"/> <b>HanseMercur Versicherungen (Gbr)</b><br><b>zugunsten der</b><br><b>HanseMercur Krankenversicherung AG</b><br>DE74ZZZ00000066149 | <input type="checkbox"/> <b>Süddeutsche Krankenversicherung a.G.</b><br>DE62SDK00000062000   |
| <input type="checkbox"/> <b>AXA Konzern AG</b><br>DE23ZZZ00000066097                          | <input type="checkbox"/> <b>INTER Krankenversicherung AG</b><br>DE84ZZZ00001899172  | <input type="checkbox"/> <b>Union Krankenversicherung AG</b><br>DE69UKV00000157419   |
| <input type="checkbox"/> <b>Barmenia Krankenversicherung AG</b><br>DE38ZZZ00002227957         | <input type="checkbox"/> <b>Münchener Verein Krankenversicherung a. G.</b><br>DE76ZZZ00000035752  | <input type="checkbox"/> <b>uniVersa Lebensversicherung a. G.</b><br><b>im Namen und auf Rechnung der</b><br><b>uniVersa Krankenversicherung a. G.</b><br>DE16ZZZ00000102598 |
| <input type="checkbox"/> <b>Bayerische Beamtenkrankenkasse AG</b><br>DE50BK000000156985       | <input type="checkbox"/> <b>NÜRNBERGER Krankenversicherungs AG</b><br>DE14ZZZ00000057335  | <input type="checkbox"/> <b>vigo Krankenversicherung VVaG</b><br>DE19ZZZ00000294410  |
| <input type="checkbox"/> <b>Continentale Krankenversicherung a. G.</b><br>DE95ZZZ00000053646  | <input type="checkbox"/> <b>ottonova Krankenversicherung AG</b><br>DE23ZZZ00002016282   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>DKV Deutsche Krankenversicherung AG</b><br>DE95ZZZ00000012130     | <input type="checkbox"/> <b>R+V Krankenversicherung AG</b><br>DE1500800000136566  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Gothaer Krankenversicherung AG</b><br>DE52ZZZ00000070522          |   |  |

Die Adresse des jeweiligen Zahlungsempfängers entnehmen Sie der Seite 8 des Antrages.

## Unterschrift Kontoinhaber

**Bei Neuantrag/-anmeldung:** Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

**Bei bestehendem Versicherungsvertrag:** Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab Gültigkeitsbeginn:

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift)

Ort, Datum



Unterschrift des Kontoinhabers

**Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12**

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der laufenden Nummer der jeweiligen Frage auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	



Klick auf das Icon führt zurück zu den Detailfragen (Seite 3)

**Nur bei ottonova**

Für ottonova verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon	<input type="text"/>
E-Mail Person 1*	<input type="text"/>
E-Mail Person 2*	<input type="text"/>
Anzahl der Mitarbeiter**	<input type="text"/>

\* für jede volljährige Person ist eine eigene E-Mail-Adresse anzugeben  
\*\* nur erforderlich bei Abschluss von Tarif KTS 42

**Digitale Kommunikation:** Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von ottonova. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für den digitalen Datenaustausch:

**1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (insbes. Assisteure)**

ottonova führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung via Telefon, Chat oder anderen digitalen Kommunikationsmitteln, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ottonova-Gruppe oder einer anderen Stelle (insbes. den sog. Assisteuren). Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt ottonova Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

ottonova setzt für den Kunden-Service unter anderem auch Assisteure ein. Diese erbringen medizinische Assistance-Dienstleistungen, wie z.B. das Gesundheitstelefon, On-line-Chats, Arzt-Termin-Services und sonstige Serviceleistungen. Die Assisteure und die ihnen jeweils übertragene(n) Aufgabe(n) sind in der unten genannten Liste der Dienstleister aufgeführt.

ottonova stellt für den digitalen Austausch von Daten zwischen Versicherungsnehmer und ottonova und/ oder den anderen Stellen (insbes. den Assisteuren) mit der App eine zentrale Kommunikationsplattform zur Verfügung. Die Datenübermittlung an die Assisteure kann daher auch in der Form einer Weitergabe von in der App gespeicherten Daten (siehe hierzu nächster Absatz) erfolgen.

ottonova führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ottonova erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragsstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.ottonova.de](http://www.ottonova.de) eingesehen oder beim ottonova Customer Support, Ootstr. 4, 80333 München, Servicetelefon +49 89 12140712, ([support@ottonova.de](mailto:support@ottonova.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt ottonova Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass ottonova 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 ottonova dies tun dürfte. In diesem Umfang und für diese Zwecke dürfen die in der Liste genannten Stellen auch in der App abgelegte Gesundheitsdaten erhalten. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ottonova-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**2. Datenübermittlung und -speicherung über die App als zentrale Kommunikationsplattform**

Als digitale private Krankenversicherung bietet ottonova bestimmte Leistungen über die App an. Diese Leistungen (im Folgenden „App-Services“ genannt) umfassen insbesondere

- den 24/7 Concierge Service (zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit und die ottonova-Versicherung),
- medizinische Beratung (per Telefon, Videoberatung oder Online-Chat),
- individuelle Vorsorge-Erinnerungen,
- Recherche von Ärzten und Terminvereinbarung,
- die Speicherung wichtiger gesundheits- bzw. versicherungsbezogener Ereignisse (z. B. Arztbesuche) und dazugehöriger Dokumente in der sog. „Timeline“,
- die Dokumenten-Übermittlungsfunktion an ottonova (z. B. Einreichen gescannter Rechnungen oder Arztbriefe).

ottonova führt einige der genannten Leistungen nicht selbst durch. Soweit andere Stellen (insb. externe Assistance- oder IT-Dienstleister) im Auftrag der ottonova an der Erbringung von Leistungen über die App mitwirken, ist dies aus der in Ziff. 1 genannten Liste ersichtlich. Die Nutzung der App-Services durch den Versicherungsnehmer erfordert die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 des Strafgesetzbuches geschützter Daten, nämlich:

- Gesprächsinhalte aus Chatverläufen mit medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Mitschriften und Gesprächsnotizen von medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Ergebnisse aus medizinischen Recherchen (z. B. Arztsuche),
- gesundheits- bzw. versicherungsbezogene Ereignisse (z. B. Arztbesuche, Weiterleitung zu Fachärzten, Terminvereinbarung) sowie damit zusammenhängende digitale Dokumente (z. B. Arztbriefe),
- Gesundheitsdaten in vom Versicherungsnehmer hochgeladenen Dokumenten (z. B. gescannten Rechnungen)

Die Daten werden auf den Servern der ottonova gespeichert.

**Ich willige ein**, dass die gemäß der Dienstleisterliste an der Erbringung der App-Services mitwirkenden Stellen die im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungserbringung anfallenden oben beschriebenen Gesundheitsdaten an ottonova übermitteln und in der App zum Zweck der Erbringung der App-Services speichern dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter dieser Stellen im Hinblick auf diese Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht. Die Weitergabe der in der App gespeicherten Daten von ottonova an andere Stellen und der Zugriff auf diese Daten durch andere Stellen richtet sich nach Ziff. 1.

**Nur bei AXA Tarif ActiveMe**

Für AXA Tarif ActiveMe verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon (Deutsche Nummer)	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Identifikation für unsere Portale	<input type="checkbox"/> Personalausweis (deutsch) <input type="checkbox"/> Reisepass (deutsch) <input type="checkbox"/> Sonstiges (für Ausweisnummer ausländischer Kunden)		
Ausweisnummer	<input type="text"/>	Gültig bis (Tag/Monat/Jahr)	<input type="text"/>
Ausstellende Behörde	<input type="text"/>		

**Digitale Kommunikation:** Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

**Nur bei HanseMerkur Tarif AZP**

Ich entscheide mich für die Pauschalersatzung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als  Beitragsstundung  garantierte Beitragsrückerstattung

**Nur bei Continentale**

**Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung**

Bitte beachten Sie Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 7 des Antrags“.

Fehlzeiten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren

nein     ja, von  bis  Anzahl AU-Tage

Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen

**Unterschrift(en)**

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, unterschrieben werden.

	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift(en) des Antragstellers	

## Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12 – Zusatzblatt

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der laufenden Nummer der jeweiligen Frage auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	



Klick auf das Icon  
führt zurück zu  
den Detailfragen  
(Seite 3)

## Unterschrift(en)

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, und dem Antragsteller unterschrieben werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers und aller zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr;  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.