



Maßstäbe / **neu definiert**

Antrag auf Krankenversicherung

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:



Bitte in Blockschrift ausfüllen

Form fields for personal data: NL/VD, BD, AB, Verm.Nr., Org.KZ, Motiv, GSG, ZUW, Versicherungsnummer, SV-/VK-Nr., and checkboxes for PV, öD, GM, AF, Neuantrag, Änderungsantrag.

Form fields for applicant details: Antragssteller/-in (Herr/Frau), Name, Vorname, Titel, Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz), PLZ, Ort (1. Wohnsitz).

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr, PLZ, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit

Form fields for employment status: Privatwirtschaft, Öffentlicher Dienst, Arbeiter/-in, Beamter/Beamtin, Angestellte/-r, Student/-in, Schüler/-in, Selbstständige/-r, Hausfrau/-mann, Freiberufler, Sonstige.

Form fields for contact information: Telefon, Telefax, E-Mail

AXA/DBV-W-Vorversicherung: Sind oder waren Sie oder ein Familienmitglied bereits bei der AXA oder DBV-W krankenversichert? (nein/ja) Versicherungsnummer

Zu versichernde Personen: 1. Person (männlich/weiblich), 2. Person (männlich/weiblich)

Form fields for insured persons: Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, ausgeübte berufliche Tätigkeit, Voraussichtliches Ausbildungsende, Monat/Jahr.

Form fields for employment status for insured persons: Privatwirtschaft, Öffentlicher Dienst, Arbeiter/-in, Beamter/-in, Angestellte/-r, Student/-in, Schüler/-in, Selbstständige/-r, Hausfrau/-mann, Sonstige.

Für Selbstständige: Anzahl Mitarbeiter/-innen, selbstständig seit, Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift

Steuer-Identifikationsnummer (s. auch Anmerkungen zur Datenübermittlung und zur Steuer-ID-Nr. auf der Rückseite des Antrages): Einer Datenübermittlung an die Finanzbehörden (wird zugestimmt/wird widersprochen/wird nachgereicht/liegt der AXA Krankenversicherung vor/soll von der AXA Krankenversicherung ermittelt werden)

Versicherungsbeginn: 01.

Table with 3 columns: Tarife, Beitrag in EUR, gesetzl. Zuschlag. Rows for 1. Person Summe, 2. Person Summe, and Gesamtbeitrag für alle Personen (inkl. gesetzlichem Zuschlag).

Auslandsreisekrankenversicherung Tarif ARJ: ist gewünscht, Jahresbeitrag: _____ EUR

Für EL-Tarife: Bei Fehlsichtigkeit (5 EUR Zuschlag monatlich / Leistungsausschluss für Sehhilfen), Gewünschter Zieltarif

Hinweis zu Optionen

Widerrufliche Einzugsmächtigung und Zahlweise: Name, Anschrift, Geburtsdatum des/der Kontoinhabers/-in /Beitragszahlers/-in, wenn abweichend von dem/der Antragssteller/-in; Die Beiträge sollen abgebucht werden; gilt auch für Vertragsänderungen. (Konto wie bisher, monatlich/1/4-jährlich/1/2-jährlich/jährlich, Bankleitzahl, Geldinstitut, Unterschrift)

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
--	------	---------

Vorversicherungen	Krankheitskostenvollversicherung(en) in den letzten 12 Monaten			
	1. Person <input type="checkbox"/> Krankheitskostenvollversicherung <input type="checkbox"/> GKV Versicherer <input type="text"/> Beginn <input type="text"/> Ende <input type="checkbox"/> PKV <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Heilfürsorge Von wem wurde oder wird der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	2. Person <input type="checkbox"/> Krankheitskostenvollversicherung <input type="checkbox"/> GKV Versicherer <input type="text"/> Beginn <input type="text"/> Ende <input type="checkbox"/> PKV <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Heilfürsorge Von wem wurde oder wird der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung		

Bestehende Versicherungen	1. Person <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz) Versicherungsart <input type="text"/> Versicherer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tagegeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT)). Bitte Tagegeldhöhe angeben. Versicherungsart <input type="text"/> Tagegeldhöhe <input type="text"/> Versicherer <input type="text"/>	2. Person <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz) Versicherungsart <input type="text"/> Versicherer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tagegeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT)). Bitte Tagegeldhöhe angeben. Versicherungsart <input type="text"/> Tagegeldhöhe <input type="text"/> Versicherer <input type="text"/>
----------------------------------	--	--

Für Krankentagegeldtarife bitte angeben Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens in Euro (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsrückseite) <input type="text"/> Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> Nein	Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens in Euro (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsrückseite) <input type="text"/> Anspruch auf Gehaltsfortzahlung <input type="checkbox"/> Ja, <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung	1. Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert?			
	von/bis <input type="text"/>	bei <input type="text"/>	von/bis <input type="text"/>	bei <input type="text"/>
	(Eine aktuelle Bescheinigung über die Vorversicherungszeiten ist einzureichen)			
2. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind und/oder eine Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommensgrenze und Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung.				
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehegatte/-in/eingetragene/r Lebenspartner/-in		<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehegatte/-in/eingetragene/r Lebenspartner/-in		
Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt (s. a. Antragsrückseite)				
<input type="checkbox"/> unter 365 EUR <input type="checkbox"/> zwischen 365 und 400 EUR <input type="checkbox"/> über 400 EUR		<input type="checkbox"/> unter 365 EUR <input type="checkbox"/> zwischen 365 und 400 EUR <input type="checkbox"/> über 400 EUR		
Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.1. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in/eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist.				
Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in <input type="text"/>		Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in <input type="text"/>		
Versicherungsunternehmen <input type="text"/> von/bis <input type="text"/>		Versicherungsunternehmen <input type="text"/> von/bis <input type="text"/>		
(Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsrückseite Pflegepflichtversicherung/Fremdversicherungsnachweis – ist einzureichen)				
Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in/eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s. a. Antragsrückseite)				
<input type="checkbox"/> unter 365 EUR <input type="checkbox"/> zwischen 365 und 400 EUR <input type="checkbox"/> über 400 EUR		<input type="checkbox"/> unter 365 EUR <input type="checkbox"/> zwischen 365 und 400 EUR <input type="checkbox"/> über 400 EUR		
Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Angaben zum Gesundheitszustand	Der/Die Vermittler/-in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/Sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind. Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf beigefügte gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG.		1. Person	2. Person
			Größe cm <input type="text"/>	Größe cm <input type="text"/>
		Gewicht kg <input type="text"/>	Gewicht kg <input type="text"/>	

Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person Name und Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin			
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille / Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig / angeraten? Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl links / rechts an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein L <input type="text"/> R <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein L <input type="text"/> R <input type="text"/>
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. auch Augenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3a. Finden oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen, Therapien (auch Gesprächs-/Ergotherapie, Logopädie), Kontrolluntersuchungen oder Operationen (einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial) durch Ärzte/-innen und/oder andere Heilbehandler/-innen statt? Bitte auch Beratungen, Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern sowie psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
--	------	---------

Angaben zum Gesundheitszustand	3c. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage ununterbrochen eingenommen bzw. angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Aspirin).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	4. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung der Behinderung und dem Grad der Behinderung beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	5. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren täglich oder annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert oder besteht / bestand jemals eine Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	6. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	7. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	8a. Finden oder fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien (auch Gesprächs-/Ergotherapie, Logopädie), Kontrolluntersuchungen oder Operationen – einschließlich Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial – statt (z. B. in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren)? Bitte auch Beratungen, Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern sowie psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	8b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und Optionstarife	9a. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.) Bitte Anzahl angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl <input style="width: 40px;" type="text"/>
	9b. Befinden Sie sich zur Zeit in einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt (ggf. Kostenvoranschlag beifügen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	9c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (Parodontose/Parodontitis usw.), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie? Hinweis: Sind die Fragen 9a, 9b, 9c mit „ja“ beantwortet, ist für die Tarife BZ, BN1, BZ-N, BZ-NA, BN1/1-N, BN1/1-NA, BN1/2-N, BN1/2-NA, Vision B, Vision BN3, VisB-N, VisB-NA, BN3/1-N, BN3/1-NA, BN3/2-N, BN3/2-NA, Vision 1-3, Vision Start, VisStart-N, VisStart-NA, 540, 541, 541-N, 541-NA, 544, BZ 00, Vision Med, VisMed-N, VisMed-NA, 511, FUTURA, AWFH, VIAPLUS-SU die Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Person/en und der Ziffer/n der Frage	Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.							
	vers. Person	zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) / Art der Beschwerden / Art des Körperimplantats / Fremdkörpers / zusätzlich Art und Menge zu Fragen 3c und 5	behandelt von - bis	Arbeitsunfähig von - bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnis aus bzw. welche Folgen bestehen?

Angaben zu Ärzten/Ärztinnen	vers. Person	zu Frage	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin	Fachrichtung

Bemerkungen/Vereinbarungen	
-----------------------------------	--

Ausgehändigte Unterlagen <input type="checkbox"/> Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife <input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> per Datenträger <input type="checkbox"/> in Papierform erhalten	Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in mitzuversichernder Personen
---	---

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen
 Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten, die Entbindung von der Schweigepflicht, die Ermächtigung zur Datenverarbeitung und die Einwilligung i. S. d. Einkommensteuergesetzes. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.**
Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.

Unterschriften (gelten auch für die Angaben über Familienstand, Beihilfeanspruch und Einverständnis zum Umstellungsservice in der Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst) Ort und Datum <hr/> Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in mitzuversichernder Personen <hr/> Unterschriften aller übrigen volljährigen mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen	Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel <hr/> Tel.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin <hr/> Fax.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin
--	--

Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen

21001479 (01.10)

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
--	------	---------

Familienstand Fragen zum Beihilfeanspruch	1. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	2. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
	Dienstherr	Dienstherr
	Beihilfestatus*) VP1	Beihilfevorschrift**) VP1
	Beihilfestatus*) VP2	Beihilfevorschrift**) VP2

*) Beihilfestatus
 B = Beihilfeberechtigte/-r
 V = Versorgungsempfänger/-in
 E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in
 K = berücksichtigungsfähiges Kind
 H = Freie Heilfürsorge
 B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder

Bei Baden-Württemberg:
 BA = alleinstehende/-r Beihilfeberechtigte/-r
 VA = alleinstehende/-r Versorgungsempfänger/-in
 AZ = Angestellte/-r mit Zuschuss
 AZ2 = Ang. mit Zuschuss/2Kinder

A = Angestellte/-r ohne Zuschuss
 A2 = Angestellte/-r ohne Zuschuss/2Kinder
 EAZ = Ehegatte einer/-s Angestellten mit Zuschuss
 EA = Ehegatte einer/-s Angestellten ohne Zuschuss
 KAZ = Kind einer/-s Angestellten mit Zuschuss
 KA = Kind einer/-s Angestellten ohne Zuschuss

**) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhLPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?

Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)	Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)
Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat: <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/>	Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat: <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/>

Umstellungs-service
Tarifgruppe B und Vision B

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilfesrechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungs-service können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.

ja nein

Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes des Tarifes Vision B, Vision BN3, Vision BN4, Vision B-N (VisB-N), BN3/1-N, BN3/2-N, BN4-N	Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person	Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person
	<input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen	<input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen

Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat und nicht beabsichtigt, in Zukunft zu rauchen. Als Raucher/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B einverstanden. Dieser beträgt für männliche Versicherte 20 % und für weibliche Versicherte 15 % des Tarifbeitrages. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.

Werde ich nach Vertragsabschluss Raucher/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.

Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifs Vision B bzw. Vision B-N (VisB-N) und – sofern beantragt – des Tarifs Vision BN3/BN4 bzw. BN3/1-N, BN3/2-N, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in

Tarif Vision B, Vision B-N (VisB-N) **Tarif Vision BN3/BN4, BN3/1-N, BN3/2-N, BN4-N**
mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

00	7,00 EUR	50	2,00 EUR
50T, 50-NT	3,50 EUR	30	2,80 EUR
30	2,10 EUR	20	2,80 EUR
20	1,40 EUR	15	3,40 EUR
15	1,05 EUR	20	2,80 EUR
20 15	1,40 EUR	25	3,00 EUR
25 15	1,75 EUR	25	3,00 EUR
25	1,75 EUR	30	2,80 EUR
30 15	2,10 EUR	35	2,60 EUR
35 20	2,45 EUR	35	2,60 EUR
35	2,45 EUR	40	2,40 EUR
40 25	2,80 EUR	40	2,40 EUR
40	2,80 EUR	45	2,20 EUR
45 30	3,15 EUR	45	2,20 EUR
45	3,15 EUR	50	2,00 EUR
50 35	3,50 EUR	50	2,00 EUR
50	3,50 EUR		

(Beispiele: Der Sehhilfe-Zuschlag beträgt in dem Tarif Vision B30-N EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N EUR 2,80 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT EUR 3,50 und in dem Tarif BN4 50-N EUR 2,00.)

Die Beitragszuschläge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.

Unterschriften Ort, Datum	Unterschriften Ort, Datum
Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr	Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Anmerkungen zur Datenübermittlung und zur Steueridentifikationsnummer

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

Sofern die Ermittlung der Steuer-Identifikationsnummer von der AXA Krankenversicherung durchgeführt werden soll, bestätige ich, zur Abgabe der Identifikationsnummer aufgefordert worden zu sein und erkläre, diese nicht beibringen zu wollen.

Bestätigung zum Einkommen

Bei Beantragung einer Verdienstausfall-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch das versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

Versicherbares Einkommen in der Krankentagegeldversicherung

Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern

- für Arbeiter/-innen/Angestellte:
Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegepflichtversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld (Zusatzversicherung)
- Selbstständige/Freiberufler einschließlich selbstständige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen:
80 % des Gewinns vor Steuern (Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten [wie z. B. Löhne, Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Kapitalerträge] etc. können nicht berücksichtigt werden).

Gesamteinkommen/Einkommengrenze Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des §2 Abs. 3 EstG. Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammengerechnet (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten usw.). Als Einkommengrenze gilt hier 400 Euro/Monat, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten 365 Euro/Monat (Stand 2010).

Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge **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. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4f EstG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig.

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, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner auf 150 % des PPV-Beitrags bzw. die Beitragsfreiheit für Kinder kann nur dann gewährt werden, wenn das Gesamteinkommen eines Ehe-/Lebenspartners/des Kindes die Einkommengrenze (s.o.) nicht überschreitet. Als Lebenspartnerschaft bezeichnet man in Deutschland die gesetzlich geregelte und durch Eintragung bei einer staatlichen Stelle begründete Form des Zusammenlebens eines Paares, und die nur gleichgeschlechtlichen Paaren eine rechtliche Absicherung ihrer Beziehung ermöglicht

Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung

Fremdversicherungsnachweis für allein versicherte Kinder und/oder allein versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist ein Kind oder ein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner allein bei AXA bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG pflegepflichtversichert, ist eine Versicherungsbescheinigung für das bei einer anderen privaten Versicherung pflegepflichtversicherten Elternteil bzw. den/die Ehegatten/-in/eingetragene/n Lebenspartner/-in vorzulegen. Aus dieser Bescheinigung muss der Versicherungsbeginn und das Fortbestehen der dortigen Pflegepflichtversicherung hervorgehen. Eine bestehende Anwartschaftsversicherung kann nicht berücksichtigt werden. Als Versicherungsnachweis ist eine Kopie des Versicherungsscheines o. ä. nicht ausreichend.

Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Eine Voraussetzung zur Erlangung der Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner ist das ununterbrochene Bestehen einer privaten Pflegepflichtversicherung seit dem 01.01.1995 für mindestens einen der beiden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner.

Sondervertrag

Sofern auf Seite 1 des Antrages eine Sondervertragsnummer (SVNR) eingetragen wurde, handelt es sich bei diesem Antrag um eine Anmeldung zum entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag bzw. einen Antrag zum Empfehlungsvertrag für eine private Krankenversicherung. Die Sonderkonditionen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus oder wird der entsprechende Sondervertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht den Krankenversicherungsvertrag zu normalen Konditionen fortzuführen.

Wiederrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 0221/148-36 202, E-Mail: info@axa.de.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauens-

verhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies läßt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA-Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen), denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z. B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerner Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.AXA.de und unter www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); so weit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunftstelle (z.B. Bürger, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunftstelle eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebene oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebene oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Informationen zu den Tarifen Vision 1 bis 3, Vision Start, Vision Start-N, Vision Start-NA, Vision Med, Vision Med-N, Vision Med-NA, Vision B, Vision B-N, Vision B-NA

Ich bin darüber informiert worden, dass ich für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zur Prüfung und Genehmigung einreichen muss. Ansonsten erhalte ich höchstens die halben Tarifleistungen. Ausnahme Tarif VISION 3: Fehlt der Heil- und Kostenplan und sind die vorgenannten Behandlungen unfallbedingt, beträgt die tarifliche Leistung 25 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den/die Kontoinhaber/-in, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die Bankverbindung mit.

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

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden 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 fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals 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 Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d.h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

USt.-Ident-Nr. DE 122786679 ·

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank W. Keuper

Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;

Jörg Arnold, Dr. Patrick Dahmen, Thomas Michels

24-Stunden Kundenservice: 0 180 3 - 55 66 22*

*9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz. Mobilfunktarife ggf. abweichend (ab 1.3.2010 höchstens 42 Cent je angefangene Minute)