

Krankenversicherung:

- Antrag
 Wunsch nach Versicherungsangebot



I. Interne Angaben (des Vertriebspartners)

Versicherungsnummer bei Änderung

Vermittler-Konto-Nr.

Dokumentation gem. § 60 ff. VVG wurde erstellt: Ja
 Schriftliche Verzichtserklärung des VN liegt vor: Ja

bei Antrag:

VN hat sämtliche Pflichtinformationen erhalten (bitte ggf. mit lifestream POS übermitteln): Ja
 Unterschriebene „Übersicht Vertragsinformationen“ liegt bei: Ja

II.a Versicherungsnehmer = ggf. zu versichernde Person 1

Herr Familienname

Frau Titel und Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und ständiger Wohnort

Jetzige berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb/Ausbildungsstätte

Geburtsdatum Tel. (freiwillige Angabe)

Familienstand:
 Ledig Verheiratet Verpartnert Verwitwet

Staatsangehörigkeit In Deutschland seit (falls kürzer als 2 Jahre)

Selbstständig Arbeitnehmer Beamter Sonstige

Falls Beihilfeber.: Bund Land:

II.b Zu versichernde Person 2

männlich Familienname

weiblich Titel und Vorname

Straße und Hausnummer, falls abweichend von Person 1

PLZ und ständiger Wohnort, falls abweichend von Person 1

Jetzige berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb/Ausbildungsstätte

Geburtsdatum Tel. (freiwillige Angabe)

Beziehung zum Versicherungsnehmer:
 Ehegatte Tochter/Sohn Sonst.:

Staatsangehörigkeit In Deutschland seit (falls kürzer als 2 Jahre)

Selbstständig Arbeitnehmer Beamter Sonstige

Falls Beihilfeber.: Bund Land:

II.c Einzugsermächtigung widerrufen

Eine zum Vertrag ggf. bereits erteilte Einzugsermächtigung gilt auch für den jetzt beantragten Versicherungsschutz. Für Beiträge bis zu 20 EUR zwingend erforderlich.

Kontonummer Bankleitzahl

Geldinstitut mit Ortsangabe Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller ggf. dessen Unterschrift **X**

Abweichende Zahlungsweise zu nachstehenden Fälligkeiten: 1.01. = 1/1- 1.01., 1.07. = 1/2- 1.01., 1.04., 1.07., 1.10. = 1/4- jährlich

Achtung: Eine falsche, auch eine unvollständige Beantwortung der folgenden Fragen unter III., VI. und VII. kann den Versicherer zu Maßnahmen nach § 19 VVG wie Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung berechtigen, zudem zur Leistungsverweigerung. Das kann, sogar rückwirkend, zum Entfall des Versicherungsschutzes führen. Beachten Sie dazu auch unsere gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG in den Vertragsinformationen!

III. Angaben zu Kranken- und Pflegeversicherungen

- | | Person 1 | | Person 2 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Nein | Ja, bei... (auch bei LKH) | Nein | Ja, bei... (auch bei LKH) |
| 1. Besteht oder bestand (wenn ja, wo zuletzt): | | | | |
| a) eine gesetzliche od. private Krankenversicherung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) eine Pflegepflichtversicherung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) eine Kranken(tage)geldversicherung?
In welcher Höhe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) eine sonstige Zusatzversicherung? Welcher Art? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beginn und Ende der Versicherung zu 1. a) – d)?
(zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten s. X.6.) | zu | von | bis | zu |
| | zu | von | bis | zu |
| 3. Bonitätsprüfung (nur bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung zu beantworten) | | | | |
| a) Besteht beim derzeitigen (falls zzt. unversichert: beim letzten) Krankenversicherer ein Beitragsrückstand? | Person 1: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | Person 2: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Wurde in den letzten 7 Jahren bzgl. des Vermögens die eidesstattliche Versicherung abgegeben oder Insolvenzantrag gestellt? | Person 1: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | Person 2: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Für Pflegepflichtversicherung (s. X.7.)
Grenzbetrag 2012: 375 EUR | Person 1: <input type="checkbox"/> Mtl. Gesamteinkommen (ohne Eink. aus geringfügiger Beschäftigung) unter Grenzbetrag
<input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt (Mini-Job). Mtl. Gesamteinkommen bis 400 EUR. | | | Person 2: <input type="checkbox"/> Mtl. Gesamteinkommen (ohne Eink. aus geringfügiger Beschäftigung) unter Grenzbetrag
<input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt (Mini-Job). Mtl. Gesamteinkommen bis 400 EUR. |

IV. Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung/Steueridentifikationsnummer (nur bei Krankheitskostenvollversicherung wichtig, freiwillige Angabe)

Versicherungsnehmer: Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

Person 2: Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß X.8. der nachfolgenden Hinweise übermittelt.

Versicherungsnehmer: Datum (falls abweichend von VIII.), Unterschrift des/der Steuerpflichtigen und, falls abweichend, des Versicherungsnehmers

Person 2: Datum (falls abweichend von VIII.), Unterschrift des/der Steuerpflichtigen und, falls abweichend und volljährig, Person 2

X

X

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Krankheit, Beschwerden, Behandlung usw./ Untersuchungsergebnis/Medikamente?	Operation?		Von wann bis wann aufgetreten/ behandelt usw.?	Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	Namen und Anschriften der Ärzte/Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.?	Folgenlos ausgeheilt bzw. ohne Befund?	
			Nein	Ja				Nein	Ja
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. Schlusserklärungen und wichtige Hinweise hierzu (insbes. Einwilligung in Datenverarbeitung und die Erhebung personenbezogener Daten)

Bevor Sie Ihre Unterschrift leisten, überprüfen Sie bitte alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand und **lesen Sie die Abschnitte X. Hinweise und IX. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Personen.**

Bedeutung der wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Antragsfragen:

Ich weiß, dass der Versicherer seine Entscheidung zu dem hier angefragten Versicherungsschutz auf der Grundlage der Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen trifft und ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich keine oder nur geringe Bedeutung beimesse. Ich weiß, dass falsche, auch unvollständige Angaben einen ggf. zustande kommenden Versicherungsschutz gefährden, der dann sogar rückwirkend wieder entfallen kann.

Einwilligung in die Datenverarbeitung (gilt ggf. für Person 1 und 2)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den zum Vertragsschluss gemachten Angaben oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. bzw. an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Vertragsanbahnungen.

Ich willige ferner ein, dass die Landeskrankenhilfe und die Landeslebenshilfe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie Angaben, die zum Vertragsschluss gemacht wurden, in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den Abschlussvermittler oder den von der Landeskrankenhilfe/Landeslebenshilfe beauftragten Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung dieses Formulars vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Mir ist bekannt, dass mir die Erteilung dieser Einwilligung freisteht, sie aber für den Versicherer unverzichtbare Voraussetzung für den Vertragsschluss und die Vertragsdurchführung ist.

Ich willige nicht ein:

Person 1 Person 2

Ich willige in die Erhebung meiner personenbezogenen Daten bei Dritten, insbes. zur Gesundheit, gemäß IX.1.a. der nachfolgenden weiteren Schlusserklärungen hiermit ein (umfasst auch die Entbindung von der Schweigepflicht) und bin über die diesbezüglich jetzt anstehende Erhebung hiermit unterrichtet (vgl. IX.1.b.). Diese Erklärung gilt ggf. für Person 1 und 2.

In die Erhebung meiner personenbezogenen Daten bei Dritten willige ich nicht ein (trotz den unter IX.2. der nachfolgenden weiteren Schlusserklärungen genannten Folgen):

Person 1 Person 2

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers = Person 1
X

Unterschrift der Person 2 (ab Alter 14)
X

Zusätzliche Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen Alleiniges Sorgerecht
X

Bestätigung des Vermittlers: Der VN hat eine Durchschrift/Kopie des Druckstücks erhalten. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Die Fragen zum Gesundheitszustand (Abschnitt VII.) wurden ausschließlich mit den obigen Angaben vom VN bzw. von der zu versichernden Person beantwortet. Angaben in I. werden bestätigt.

Unterschrift des Vermittlers:
X

IX. Weitere Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Personen

1. Einwilligung in die Erhebung meiner personenbezogenen Daten bei Dritten und Entbindung von der Schweigepflicht sowie Unterrichtung über anstehende Erhebung:

a. Einwilligung in Datenerhebungen bei Dritten und Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die Landeskrankenhilfe meine vor Vertragsschluss (Neuabschluss/Vertragsänderung) gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zwecke befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte (Human- und Zahnmediziner), Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, jeweils soweit ich dort in den letzten 5 Jahren vor Abgabe der hier vorliegenden Erklärung untersucht, beraten, behandelt, gepflegt oder betreut worden bin bzw. dort versichert war oder einen Antrag auf Versicherung oder Erteilung eines Versicherungsangebots gestellt habe oder in behördlichem Kontakt stand.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung meines Antrags auf Versicherung bzw. Erteilung eines Versicherungsangebots unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ich weiß, dass die Landeskrankenhilfe mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und mich dann nochmals darauf hinweisen wird, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Die Angehörigen der Landeskrankenhilfe entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang im Hinblick auf den gewünschten Vertragsschluss sowie im Falle einer späteren Vertragsdurchführung an die die Landeskrankenhilfe beratenden externen Ärzte (Human- und Zahnmediziner), Heilpraktiker oder sonstige medizinische Gutachter übermittelt werden.

b. Unterrichtung über die jetzt konkret anstehende Datenerhebung bei Dritten

Ich bin hiermit darüber unterrichtet, dass der Versicherer die von mir im Zusammenhang mit dem jetzt von mir gewünschten Vertragsschluss (Neuabschluss bzw. Vertragsänderung) gemachten Angaben, insbesondere zu meinem Gesundheitszustand, überprüft, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine in dem Zusammenhang gemachten Angaben dazu Anlass geben. Konkret ist dies hier dann der Fall, wenn ich eine der vorstehenden unter VII. 1 bis 11 und 16 gestellten Fragen zum Gesundheitszustand mit „Ja“ oder die Fragen VII. 14 und 15 nicht mit „0“ beantwortet habe. Dann muss ich davon ausgehen, dass die Landeskrankenhilfe bereits jetzt ohne weitere Benachrichtigung zum Zwecke ihrer vorerwähnten Risikoprüfung bei den betreffenden, von mir benannten Behandlern, Einrichtungen und Vorversicherern zu meinen jetzigen Angaben, insbesondere zu meinen diesbezüglichen Erläuterungen (s. VII. 17), nähere Auskünfte einholt, also auch meine diesbezüglichen Gesundheitsdaten erhebt. Diese Erhebung meiner Daten wird im zeitlichen Zusammenhang mit der Risikoprüfung wegen des jetzt von mir gewünschten Vertragsschlusses erfolgen und ist zeitlich beschränkt bis zur abschließenden Entscheidung der Landeskrankenhilfe über den von mir gewünschten Vertragsschluss. Mir ist bekannt, dass ich dieser Erhebung ganz oder in Teilen, etwa bezogen nur auf einzelne der von mir benannten Behandler, widersprechen kann.

2. Verweigerung der Einwilligung für Datenerhebungen und Belehrung über die Folgen einer Einwillungsverweigerung und eines Widerspruchs gegen die Erhebung der personenbezogenen Daten und eines Widerrufs einer Schweigepflichtentbindung:

Die vorstehend unter Ziff. 1.a. aufgeführten Erklärungen möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Mir ist bekannt, dass dann, wenn ich die Einwilligung in die Erhebung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch zum Gesundheitszustand, nicht erteile oder aber der jetzt konkret anstehenden Erhebung meiner personenbezogenen Daten widerspreche oder eine Schweigepflichtentbindung widerrufe, die für den Vertragsschluss (Neuabschluss/Vertragsänderung) unverzichtbare individuelle Risikoprüfung nicht durchgeführt werden kann und damit das Zustandekommen des von mir gewünschten Vertragsschlusses gefährdet wäre.

X. Hinweise

1. Gesonderte Angaben

Angaben, die Sie in diesem Formular nicht angeben möchten, sind unmittelbar und unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen an die Landeskrankenhilfe schriftlich nachzureichen.

2. Verwertbarkeit der Angaben

Ihre Angaben sind die Grundlage für die Vertragserklärung der Landeskrankenhilfe. Daher ist die Landeskrankenhilfe darauf angewiesen, dass die Angaben wahrheitsgemäß und aktuell sind.

Lassen Sie sich daher bei der Beantwortung der gestellten Fragen Zeit und überprüfen Sie Ihre Angaben danach noch einmal!

Ihre Angaben sind für uns nur verwertbar, wenn sie innerhalb von **einem Monat** vor Eingang des Formulars bei der Landeskrankenhilfe von Ihnen unterschrieben und damit bestätigt wurden. Die Landeskrankenhilfe behält sich vor, sich Ihre Angaben, insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand, erneut vor Abgabe einer Vertragserklärung bestätigen zu lassen.

3. Vertragsänderungen im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung

a) Erhöhung des Krankentagegeldes bzw. des Krankenhaustagegeldes um max. 50 EUR, **b)** Verkürzung der Karenzzeit des Krankentagegeldes, **c)** Tarifumstellung innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung (außer verbandseinheitliche Tarife) inkl. Einschluss der Tarife PEV, PT und PZ.

4. Andere Versicherungen

Die Landeskrankenhilfe ist unverzüglich zu unterrichten und hat ggf. zuzustimmen, wenn für eine versicherte Person eine weitere Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht wird. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Landeskrankenhilfe nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und ist - ebenfalls nach Maßgabe des § 28 VVG - ganz oder teilweise leistungsfrei.

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

5. Versicherungsfähigkeit im Tarif TS6

Nach dem Tarif TS6 können Arbeitnehmer, die ausschließlich Büroarbeiten ausüben - anderweitige berufliche Tätigkeiten sind nur im Rahmen der vorgenannten Arbeitnehmereigenschaft zulässig und dürfen den Umfang von 10 Tagen im Kalenderjahr nicht überschreiten - oder Arbeitnehmer bzw. Freiberufler, die jeweils im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit für mehr als 5 fest angestellte Mitarbeiter mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von jeweils mindestens 30 Stunden verantwortlich und weisungsbefugt sind, versichert werden.

6. Wartezeiten

Es besteht die Möglichkeit, die Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten anzurechnen. Anrechenbar sind bei unmittelbarem Übertritt Versicherungszeiten in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (nur Vollversicherung) bzw. die Zeit des Anspruchs auf Heilfürsorge im öffentlichen Dienst.

7. Pflegepflichtversicherung

Als **Gesamteinkommen** gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.). 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 (§ 9c Abs. 1 und 3 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, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

8. Erläuterung zur Einwilligung in die Übermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beitragsteile

Die Übermittlung der steuerlich abzugsfähigen Versicherungsbeiträge erfolgt unter Angabe der Vertragsdaten, des Datums der Einwilligungserklärung, des Geburtsdatums des Versicherungsnehmers sowie der versicherten Person und der Steueridentifikationsnummern des Versicherungsnehmers und der versicherten Person nach dem amtlich vorgeschriebenen Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81 EStG) zur Weiterleitung an die Finanzbehörden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre sowie für die Erhebung der Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern, wenn sie uns gegenüber nicht schriftlich widerrufen wird. Ein etwaiger Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, bei uns eingegangen sein.

Erteilen Sie uns eine Einwilligung und machen keine Angaben zur Steueridentifikationsnummer, werden wir diese beim Bundeszentralamt für Steuern erheben. Hierfür ist allerdings eine vorherige Erhebung der Steueridentifikationsnummer bei Ihnen erforderlich.

Bei Zusammenveranlagung benötigen wir die Unterschriften der beiden Steuerpflichtigen für die Einwilligungserklärung.

Wird uns keine oder nur eine eingeschränkte Einwilligung zur Übermittlung der Daten erteilt oder eine erteilte Einwilligung ganz oder teilweise widerrufen, mindert sich in der Regel die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

9. Gendiagnostik

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

Name, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person(en)

Alle nachfolgend aufgelisteten Seiten sind mir bekannt und Inhalt dieses Antrags:

- Seite 1: **Diverse Erklärungen** (insbesondere allgemeine Angaben des Versicherungsnehmers, Erklärung zu anderen Versicherungen, Erklärungen zur Wartezeit, Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung/Steueridentifikationsnummer)
- Seite 2: **Versicherungsumfang, Zusatzfragen und Wissenserklärung** (Fragen zum Gesundheitszustand)
- Seite 3: **Wissenserklärung** (Fortsetzung: Fragen zum Gesundheitszustand)
- Seite 4: **Wissenserklärung** (Fortsetzung: Fragen zum Gesundheitszustand) sowie **Schlusserklärungen und wichtige Hinweise hierzu** (insbesondere Einwilligung in Datenverarbeitung und die Erhebung personenbezogener Daten)
- Seite 5: **Weitere Schlusserklärungen** (insbesondere Einwilligung in die Datenerhebung bei Dritten, Unterrichtung über konkret anstehende Datenerhebung bei Dritten, Entbindung von der Schweigepflicht, Verweigerung der Einwilligung für Datenerhebungen und Belehrung über die Folgen einer Einwillungsverweigerung und eines Widerspruchs gegen die Erhebung der personenbezogenen Daten und eines Widerrufs einer Schweigepflichtentbindung) und **Hinweise**
- Seite 6: **Diese Seite**, mit der unterschrittlich die Zusammengehörigkeit der einzelnen Seiten bestätigt wird.

Zusätzliche Anlagen zum Antrag (z. B. Selbstauskünfte, ergänzende Erklärungen):

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers = Person 1

X

Unterschrift der Person 2 (ab Alter 14)

X

Zusätzliche Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

X