

Antrag auf Krankenversicherung

Der Antrag ist nur mit den erforderlichen Unterschriften auf Seite 11 und 18 wirksam.

Service-Nr. _____

I. Antragsteller/in = Versicherungsnehmer/in	Name, Vorname, Titel							
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich			
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft						
	Straße, Haus-Nr.							
	Postleitzahl, Wohnort							
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit					
			Wenn versicherungsfreier Arbeitnehmer, versicherungsfrei seit					
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel		Branche			
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Ort					
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:					
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	%	Stationär	%		
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder							
	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> freie Wirtschaft		Berufsstellung <input type="checkbox"/> N Angestellte/r (leitend <input type="checkbox"/> T) <input type="checkbox"/> B Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> L Auszubildende/r <input type="checkbox"/> A Arbeiter/in <input type="checkbox"/> R Anwärter/in <input type="checkbox"/> S Selbstständige/r <input type="checkbox"/> W Sonstige		Inneendienst <input type="checkbox"/> ID ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> IK überwiegend körperl. Beanspruchung		Außendienst <input type="checkbox"/> AD ohne körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AG geringfügig körperl. Beanspruchung <input type="checkbox"/> AK überwiegend körperl. Beanspruchung	
	II. Beitragszahlung	Bankverbindung für den Einzug von Beiträgen und Überweisung von Versicherungsleistungen. Die Beiträge sollen von nachstehender Bankverbindung bis auf Widerruf mittels SEPA-Lastschrift eingezogen werden. Wenn Beitragseinzug nicht gewünscht, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>						
		IBAN						
BIC								
Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht selbst Antragsteller ist		Name		Unterschrift				
Derzeitiger monatl. Gesamttarifbeitrag für die nachstehend beantragten Versicherungen				EUR				
Für diese Bankverbindung <input type="checkbox"/> ist bereits ein Mandat vorhanden <input type="checkbox"/> ist ein neues/zusätzliches Mandat notwendig (siehe letzte Seite des Antrags)								
III. Zu versichernde Person(en) (Anschrift nur angeben, wenn von Abschnitt I abweichend)	Person 1 = Antragsteller/in		Wird für den/die Antragsteller/in keine Versicherung beantragt, bitte hier ankreuzen: <input type="checkbox"/>					
	Person 2 Name, Vorname, Titel							
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich			
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft						
	Straße, Haus-Nr.							
	Postleitzahl, Wohnort							
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung		Wenn Beamte/r, seit					
	Ausbildungs-/Studienende		Berufsschlüssel		Branche			
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)		Ort					
	Beihilfeanspruch besteht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:					
	Beihilfebemessungssatz		Ambulant	%	Stationär			
				%	%			
	Anzahl der für den Beihilfebemessungssatz berücksichtigungsfähigen Kinder							
	Person 3 Name, Vorname, Titel							
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft							

*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Straße, Haus-Nr.						
	Postleitzahl, Wohnort						
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung						
	Ausbildungs-/Studienende	Berufsschlüssel		Branche			
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort			
	Beihilfeanspruch besteht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:					
	Beihilfebemessungssatz	Ambulant		%	Stationär		%
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht						
	Person 4 Name, Vorname, Titel						
	Geburtsdatum			Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft					
	Straße, Haus-Nr.						
	Postleitzahl, Wohnort						
	Amts-/Berufs-/Ausbildungsbezeichnung						
	Ausbildungs-/Studienende	Berufsschlüssel		Branche			
	Dienststelle/Betrieb/Hochschule*)			Ort			
	Beihilfeanspruch besteht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land:					
	Beihilfebemessungssatz	Ambulant		%	Stationär		%
	Name des Elternteils, über den Beihilfeanspruch besteht						
IV. Antragstellung	Ich beantrage den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages (ggf. einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung) für die nachstehend genannte/n Person/en (bitte ankreuzen) nach den jeweils aufgeführten Tarifen.						
	Zu versichernde Person/en	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>		
	Versicherungsbeginn	20	20	20	20		
	Tarif/e						
	<i>Bei Krankentagegeldtarif: Das Krankentagegeld darf – auch unter Berücksichtigung anderweitiger Kranken(tage)geldansprüche – das durchschnittliche regelmäßige monatliche Nettoeinkommen der zu versichernden Person/en, geteilt durch 30, nicht übersteigen.</i>						
	<i>Die beantragte Karenzzeit (Tarifstufe) muss der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen.</i>						
	<i>Weitere Informationen sind der Zusatz-erklärung 3/23 (für Arbeitnehmer) bzw. 3/24 (für Selbstständige) zu entnehmen, die bei Beantragung einer Krankentagegeldversicherung dem Antrag beigelegt sein muss.</i>						
	<i>Höhe des nach dem Krankentagegeldtarif abzusichernden monatl. Nettoeinkommens:</i>						
		Euro	Euro	Euro	Euro		
	Monatsbeitrag in Euro						
Der Gesamtbeitrag für die beantragte Kranken-/Pflegeversicherung beträgt, vorbehaltlich der Beurkundung im Versicherungsschein, zur Zeit monatlich EUR							
Bei Tarifen, für die gemäß § 149 VAG der gesetzliche Zuschlag zur Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge im Alter gezahlt werden muss, ist dieser Zuschlag im genannten Beitrag enthalten. Der genannte Beitrag kann sich jedoch noch um einen Risikozuschlag erhöhen, sofern dieser nach Risikoprüfung durch die Hauptverwaltung zur Mitversicherung von risikoerheblichen Vorerkrankungen erforderlich ist.							
V. Angaben über gestellte Versicherungsanträge	Wurde/n für die zu versichernde/n Person/en jetzt oder früher Kranken- oder Pflegepflichtversicherungsanträge und/oder Anträge auf geförderte ergänzende Pflegeversicherung bei der Debeka oder bei anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt, die nicht oder noch nicht zum Vertragsabschluss geführt haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>		
	Bei welchem Unternehmen?						
	Tag der Antragstellung	20	20	20	20		

*) Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und Einschreibung zum Studium an einer deutschen Hoch-/Fachschule fügen Sie diesem Antrag zusätzlich das Formular „Erklärung zur studentischen Krankenversicherung“ ausgefüllt und unterschrieben bei.

	Grund für Nichtabschluss des Vertrages				
	Wenn Antrag noch in Bearbeitung, Datum der letzten Nachricht				
VI. Angaben über bestehende/ frühere Versicherungsverhältnisse	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	• keine Vorversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja
	• eine gesetzliche Krankenversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Wenn „ja“, Name der gesetzlichen Krankenversicherung				
	Pflichtversichert?	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Freiwilliges Mitglied?	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Familienversichert?	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	Bestand oder besteht für die zu versichernde/n Person/en	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	• ein Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Beginn des Heilfürsorgeanspruchs				
	Ende des Heilfürsorgeanspruchs				
	• eine private Krankenversicherung **) (auch Debeka-Versicherung angeben)	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Wenn „ja“, Name der privaten Krankenversicherung				
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	• eine gesetzliche Pflegeversicherung (auch Debeka-Versicherung angeben)	<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 <input type="checkbox"/> ja
	Wenn „ja“, Name der Pflegeversicherung				
	Versicherungsbeginn				
	Versicherungsende				
	Bestehen derzeit Beitragsrückstände bei einer anderen (privaten oder gesetzlichen) Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	**): Eine bestehende Versicherung sollte nicht gekündigt werden, bevor vom Vorstand der Debeka schriftlich die Annahme des Antrags erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wurde.				
VII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt	Bestehen Kranken(tage)geldansprüche bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Kranken(tage)geldhöhe in Euro				
VIII. Zusätzliche Angaben, wenn ein Krankenhaus-tagegeldtarif beantragt	Bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen (auch bei einer Unfallversicherung) oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Krankenhaustagegeldhöhe in Euro				
IX. Zusätzliche Angaben, wenn Tarif mit Zahnleistungen beantragt	Besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
X. Zusätzliche Angaben, wenn Zusatztarif mit Pflegeleistungen beantragt	Besteht bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen bzw. bei der Debeka eine Pflegekrankenversicherung (Zusatzversicherung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Wenn „ja“, für welche Person?	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
	Bei welchem Unternehmen?				
	Pflegekrankengeld in Euro				
	Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung?	<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 <input type="checkbox"/> ja

	Bezieht bzw. bezog eine der zu versichernden Personen Leistungen, die aufgrund des körperlichen oder mentalen Zustandes aus Mitteln der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung geleistet werden bzw. wurden? <i>Diese Frage darf nur verneint werden, wenn entsprechende Leistungen auch nicht ruhen, weil vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger (z. B. der gesetzlichen Unfallversicherung) bezogen werden/wurden.</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Wenn „ja“, für welche Person?	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Person 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border: none;">Person 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border: none;">Person 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border: none;">Person 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>
Person 1 <input type="checkbox"/>	Person 2 <input type="checkbox"/>	Person 3 <input type="checkbox"/>	Person 4 <input type="checkbox"/>		

XI. Fragen zu den aktuellen Gesundheitsverhältnissen und der gesundheitlichen Vorgeschichte der zu versichernden Person/en – (Gesundheitsfragen)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen auch dann, wenn der Debeka bereits Belege über Heilbehandlungskosten vorliegen. Denn diese geben beispielsweise keinen Aufschluss über die Ausheilung einer Erkrankung oder eventuell noch bestehende Folgen/Beschwerden.

Hinweis auf die Pflicht zur vollständigen und richtigen Beantwortung der nachfolgenden Fragen und die Rechtsfolgen bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben:

<p>Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung gesetzlich verpflichtet, uns alle Ihnen bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind, und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben. Unvollständige oder unrichtige Angaben können uns bei schuldhafter Verletzung dieser vorvertraglichen Anzeigepflicht berechnen, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, die Anzeigepflicht wurde weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei bereits einfacher Fahrlässigkeit der Verletzung dieser vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir den Vertrag kündigen oder den Vertrag rückwirkend einseitig anpassen, also beispielsweise den Beitrag erhöhen oder nicht angezeigte Gefahrumstände vom Versicherungsschutz ausschließen (so genannter Risikoausschluss).</p>	<p>Sind wir nach Eintritt des Versicherungsfalls vom Vertrag zurückgetreten, werden wir leistungsfrei. Haben wir rückwirkend einen Risikoausschluss aufgrund einseitiger Vertragsanpassung eingeführt (z. B. verschwiegene Erkrankung), werden wir ebenso leistungsfrei. Dies gilt in beiden Fällen (Rücktritt bzw. Risikoausschluss) allerdings nicht, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Wird die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, stehen uns die genannten Rechte nicht zu. Verletzen Sie die bei Vertragsschluss bestehende Anzeigepflicht arglistig, können wir den Vertragsschluss wegen Täuschung anfechten, so dass der Vertrag von Anfang an nichtig ist, und unsere Leistungspflicht entfällt.</p>
--	--

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können gegebenenfalls vor der Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne gestellt werden, um dann aktuell eine Annahmemeitscheidung treffen zu können.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Antragsnummern auf einem besonderen Blatt als Anlage zum Antrag vor und verweisen im Antrag auf dieses Beiblatt.

Möchten Sie gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber, der Ihnen bei der Antragstellung behilflich ist, nicht machen, können Sie diese gegenüber dem Vorstand in 56073 Koblenz, Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, unmittelbar in Schriftform nachholen. Diese Mitteilung muss aber innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

Wenn Sie aufgrund der Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en) eine erhöhte Risikoeinschätzung durch den Versicherer befürchten müssen, können Sie auch eine Risikovorabfrage halten oder diesen Antrag als „Probeantrag“ stellen. Damit gehen Sie keine Verpflichtung ein. Erst wenn Sie mit den Ihnen dann angebotenen Konditionen einverstanden sind, können Sie einen Antrag stellen bzw. Ihren Probeantrag schriftlich für verbindlich erklären.

Entsprechend dem „Gesetz über genetische Untersuchungen von Menschen“ (Gendiagnostikgesetz – GenDG) verlangen wir keine Mitteilung über durchgeführte genetische Untersuchungen. Eine genetische Untersuchung ist eine auf den Untersuchungszweck gerichtete

- a) genetische Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften oder
- b) vorgeburtliche Risikoabklärung einschließlich der Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse.

Über bestehende Erkrankungen und über Vorerkrankungen müssen Sie uns jedoch im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Auskunft geben, unabhängig davon, wie diese Erkrankungen festgestellt worden sind.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

1 Angaben über Körpergröße in cm				
---	--	--	--	--

2 Angaben über Körpergewicht in kg				
---	--	--	--	--

3 Erfolgt in den letzten drei Jahren				
---	--	--	--	--

3.1 ambulante Behandlungen, Medikamentenverordnungen, Untersuchungen oder Beratungen?	<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 <input type="checkbox"/> ja
--	---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der Erkrankungen (Arzt diagnose), Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Beratungen, Medikamente mit Dosisangabe, usw.?	Sämtl. Behandl., Beratungen, Untersuch. usw.?		Ausgeheilt?		Zurückgebliebene Folgen/ Beschwerden?
		von	bis	Ja, seit wann	Nein	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<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"/>	

3.2 Heilkuren oder Sanatoriumsbehandlungen?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
<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 <input type="checkbox"/> ja

Pers. Nr.	Art der Behandlungsmaßnahme (Heilkur/Sanatoriumsbehandlung) sowie Art der Erkrankungen lt. ärztl. Verordnung (Arzt diagnose)?	von	bis

4 Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Behandlungen/Untersuchungen?

<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 <input type="checkbox"/> ja
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der Erkrankungen (Arzt diagnose), Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, usw.?	Dauer des Krankenhausaufenthaltes		Ausgeheilt?		Zurückgebliebene Folgen/Beschwerden?
		von	bis	Ja, seit wann	Nein	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation, Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung vorgesehen?

<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 <input type="checkbox"/> ja
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der vorgesehenen Behandlungsmaßnahme (ambulante/stationäre Behandlung, Untersuchung, Operation bzw. Heilkur/Sanatoriumsbehandlung sowie Art der Erkrankungen (Arzt diagnose), Beschwerden, usw.?)	Ab wann (voraussichtlich)?

6 Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, die zu den bisherigen Gesundheitsfragen noch nicht angegeben wurden?

<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 <input type="checkbox"/> ja
---	---	---	---

Pers. Nr.	Art der Erkrankung usw. (Arzt diagnose)?	Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Sofern eine Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Schwerbehinderung oder ein Dienstunfall vorliegt, legen Sie bitte den Anerkennungsbescheid in Kopie bei.

Zusätzliche Gesundheitsfragen, wenn ein Tarif mit Zahnleistungen beantragt wird

Wird ausschließlich ein Tarif beantragt, der nur Zahnleistungen vorsieht, sind auch nur diese drei Fragen zu beantworten.

Zusätzliche Gesundheitsfrage, wenn ein Krankentagegeldtarif beantragt wird

7 Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne geschlossen wurde)?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<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 <input type="checkbox"/> ja

Bei „ja“ bitte die fehlenden Zähne im nachfolgenden Zahnschema ankreuzen:

Person 1		Person 2	
Oberkiefer rechts	Oberkiefer links	Oberkiefer rechts	Oberkiefer links
<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
Unterkiefer rechts	Unterkiefer links	Unterkiefer rechts	Unterkiefer links
Person 3		Person 4	
Oberkiefer rechts	Oberkiefer links	Oberkiefer rechts	Oberkiefer links
<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
Unterkiefer rechts	Unterkiefer links	Unterkiefer rechts	Unterkiefer links

Da fehlende Weisheitszähne (**Zähne 8**) nicht ersetzt werden, sind diese nicht anzugeben!

8 Ist die zu versichernde Person in zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Kieferorthopädie) bzw. wurde zu einer Behandlung geraten oder ein Kostenvoranschlag/ Behandlungsplan erstellt (z. B. auch wegen behandlungsbedürftigen bzw. nicht erhaltungswürdigen Zähnen oder erneuerungsbedürftigem Zahnersatz)?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<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 <input type="checkbox"/> ja

Pers. Nr.	Art der Behandlung (konservierende, prothetische, chirurgische, kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Einsatz von Kronen, Versorgung mit In-/Onlays, Parodontose-Prophylaxe/-Behandlung, Kompositfüllung mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)?	(voraussichtlicher) Behandlungsbeginn?

Sofern ein Kostenvoranschlag/Behandlungsplan erstellt wurde, fügen Sie bitte eine Kopie bei.

9 Besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine Erkrankung des Zahnhalteapparates/Zahnfleisches oder fanden in dieser Zeit Behandlungen/Untersuchungen wegen Kiefergelenkbeschwerden statt?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<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 <input type="checkbox"/> ja

Pers. Nr.	Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Beratungen, Medikamente mit Dosisangabe, usw.?	Sämtl. Behandl., Beratungen, Untersuch. usw.?		Ausgeheilt?		Zurückgebliebene Folgen/Beschwerden?
		von	bis	Ja, seit wann	Nein	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	<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 <input type="checkbox"/> ja

Pers. Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose)?	Beginn der Arbeitsunfähigkeit?

Zusätzliche Gesundheitsfrage, wenn eine Pflegeversicherung beantragt wird	11 Besteht zurzeit Pflegebedürftigkeit?			Person 1	Person 2	Person 3	Person 4								
				<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 <input type="checkbox"/> ja								
Name und Anschrift der Ärzte, . . .	Pers. Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose) und festgestellter Pflegegrad?			Beginn der Pflegebedürftigkeit?										
Frage nach Beiblatt	Pers. Nr.	Zur Frage Nr.	Art der Erkrankung (Arztdiagnose)?	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kurheime, Sanatorien, Zahnärzte, Kieferorthopäden usw.											
Frage nach Beiblatt		12 Liegt dem Antrag ein Beiblatt mit weiteren Gesundheitsangaben bei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
XII. Antrag auf Wegfall der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung (gilt nicht für die Tarife BT, EA, EAplus, EA55plus, EPC, EPG, EZ50, EZ70plus, ST sowie BC und BG bei Zugang zu bestehendem Tarif B bzw. NC und NG bei Zugang zu bestehenden Tarifen N, N-SB, NW, NW-SB und auch nicht für die Pflegeversicherung)	Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung für die zu versichernde/n Person/en. Die Untersuchungskosten übernehme ich. Geht das ärztliche Zeugnis auf einem mir ausgehändigten Formular des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der Debeka ein, bin ich mit der Ableistung der bedingungsgemäßen Wartezeiten einverstanden. Mir ist bekannt, dass dann ein späterer Wartezeiterlass ausgeschlossen ist.			<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 <input type="checkbox"/> ja								
XIII. Erklärung bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland	Sofern der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt zuletzt im Ausland war: Seit wann ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt (wieder) in Deutschland?			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											

XIV. Erklärungen bei privater Pflegepflichtversicherung nach Tarif PV

Mit den nachstehenden Erklärungen beantragen Sie die Beitragsreduzierung oder Beitragsfreiheit im Tarif PV. Um die Voraussetzungen hierfür prüfen zu können, füllen Sie bitte für die entsprechenden versicherten Personen die einzelnen Punkte aus.

Eine Beitragsbegrenzung/-befreiung wird beantragt: nein ja
 Eine Beantragung ist möglich, wenn eine versicherte Person verheiratet, mitversichertes Kind oder in Ausbildung ist.

1. Ehegatten/Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz – Antrag auf Beitragsbegrenzung

Für eine Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner müssen beide Personen privat pflegepflichtversichert sein, für eine Person muss diese seit mindestens 1. Januar 1995 bestehen und Einkommensgrenzen müssen eingehalten werden.

1. Die Private Pflegepflichtversicherung besteht für mindestens einen Ehegatten/Lebenspartner seit 1. Januar 1995 ohne Unterbrechung. nein ja
 2. Beide Ehegatte/Lebenspartner sind/werden bei der Debeka bzw. bei einem anderen deutschen Krankenversicherungsunternehmen privat pflegepflichtversichert nein ja

	Name	Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer
Ehegatte 1			
Ehegatte 2			

Ein **aktueller** Nachweis über die Versicherung bei einem anderen Unternehmen liegt bei.

3. Mindestens einer der Ehegatten bezieht ein Gesamteinkommen bis maximal zur Einkommensgrenze*) für die Beitragsbegrenzung. nein ja

2. Kinder – Antrag auf Beitragsbefreiung

Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern muss ein Elternteil privat pflegepflichtversichert sein, das Kind darf keine selbstständige Erwerbstätigkeit über 18 Wochenstunden ausüben und es müssen Einkommensgrenzen eingehalten werden.

1. Für mindestens ein Elternteil besteht eine Private Pflegepflichtversicherung bei der Debeka bzw. bei einem anderen deutschen Krankenversicherungsunternehmen. nein ja

Elternteil	Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer

Ein **aktueller** Nachweis über die Versicherung in einem anderen Unternehmen liegt bei.

2. Das Kind	Name Kind 1:	Name Kind 2:	Name Kind 3:
ist mit einem Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden selbstständig erwerbstätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
hat ein monatliches Gesamteinkommen über der Einkommensgrenze *) für die Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Das Kind	Name Kind 1:	Name Kind 2:	Name Kind 3:
ist nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4. Für die Verlängerung der beitragsfreien Mitversicherung Ihres Kindes/Ihrer Kinder über das 25. Lebensjahr hinaus beantworten Sie bitte folgende Frage:

Das Kind	Name Kind 1:	Name Kind 2:	Name Kind 3:
hat (frühestens mit Beginn 1. Juli 2011) einen Freiwilligendienst** abgeleistet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ein Nachweis über den geleisteten Dienst liegt bei. Eine Verlängerung der Beitragsfreiheit ist bis maximal 12 Monate möglich.

5. Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern aufgrund Behinderung beantworten Sie bitte folgende Frage:

Das Kind	Name Kind 1:	Name Kind 2:	Name Kind 3:
ist wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande sich selbst zu unterhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Falls die oben genannte Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, muss eine **Bescheinigung eines Facharztes** mit der **Bestätigung dieser Angabe** beigelegt sein. Außerdem muss die Bescheinigung Auskunft über die **genaue Diagnose und Zeitpunkt des Eintritts** der Behinderung geben. An eventuell in Zusammenhang hiermit entstehenden Kosten können wir uns leider nicht beteiligen.

3. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB XI – Antrag auf reduzierte Beitragseinstufung
 Falls eine beitragsfreie Mitversicherung für Kinder nicht mehr möglich ist, kann ein reduzierter Beitrag geprüft werden.

Die versicherte Person	Person:	Person:	Person:
ist mit einem Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden selbstständig erwerbstätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
ist pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ein aktueller Nachweis über Einschreibung zum Studium, Fach-/Berufsfachschulbesuch bzw. vorgeschriebenes Praktikum liegt bei.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Bei Anwendung einer Beitragsbegrenzung bzw. Beitragsbefreiung verpflichte ich mich, Veränderungen der Debeka zu melden. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf Beitragsbegrenzung bzw. Beitragsbefreiung bestand, werde ich die Mehrbeiträge nachentrichten.

Sollte bereits eine Beitragsbegrenzung für Ehegatten bestehen, muss die Fortsetzung dieser beantragt werden. Dazu ist die folgende Unterschrift erforderlich, wenn beide Ehegatten bei der Debeka jedoch zu unterschiedlichen Service-Nummern versichert sind:

Ort, Datum	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

*) Als **Gesamteinkommen** gilt hier die Summe der Einkünfte (z. B. aus Dienstbezügen, Gehältern, Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen, Pensionen, Renten – ggf. auch Waisen-/Halbwaisenrente bzw. -geld – und Einkünfte aus selbstständiger Berufstätigkeit), die dem jeweiligen Ehegatten/Lebenspartner bzw. Kind zuzuordnen sind, im Sinne des Einkommensteuerrechts. Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge **nicht** abzuziehen: Der Altersentlastungsbeitrag, 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 (§ 4 f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nicht selbstständiger 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich 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 Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Im Übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungs- bzw. Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Bafög, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Anspruch auf **Beitragsbegrenzung** für Ehegatten/Lebenspartner bzw. auf **Beitragsbefreiung** für mitversicherte Kinder besteht, wenn die **Einkommensgrenze** nicht überschritten wird. Diese beträgt im Jahr 2021 470 Euro/Monat.

**) Als Freiwilligendienst gilt hier ein freiwilliger Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, ein Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder ein vergleichbar anerkannter Freiwilligendienst oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes.

XV. Wichtige Informationen
 (insbesondere zum Vertragsabschluss, den maßgebenden Vertragsinformationen/Bedingungen, den Wartezeiten und zum Widerspruchsrecht)

1. Unser Mitarbeiter/innen sind nicht berechtigt, irgendwelche Zahlungen entgegen zu nehmen.
2. Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern untersagt und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherungsschutz. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Vorstand sie schriftlich genehmigt.
3. Eine Zweitausfertigung des Antrags wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt oder auf Wunsch zugesandt.
4. **Der Krankenversicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder die Versicherung angeboten wird.**
5. Maßgebend für das Versicherungsverhältnis sind die folgenden Vertragsinformationen/Bedingungen, die Sie dem USB-Stick/der CD-ROM unter der jeweils angegebenen Dokument-Nr. entnehmen können.

Bezeichnung	Dokumentenname
• Vertragsinformationen	III88
• Weitere Vertragsinformationen (Teil 1) und Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	
• Weitere Vertragsinformationen (Teil 2)	3107
• Satzung	AKV1
• Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I: Musterbedingungen, Teil II: Tarif/e mit Tarifbedingungen). Die jeweiligen Musterbedingungen richten sich nach dem/den beantragten Tarif/en.	
• Informationsblätter zu Versicherungsprodukten (IPID)	
• Absicherungsvorschlag	

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen für	Dokumentenname
ANWN, B, BC, BG, EA, EAplus, EA55plus, EZ50, EZ70plus, HS, HS-Comfort, KHT, N, NC, NG, Nmed, N-SB, NW, NW-SB, WKplus, WL	die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK)	BKV1
KG, KT, KTmed	die Krankentagegeldversicherung (MB/KT)	BKV2
PVB, PVN	die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)	BKV6
ST	den Standardtarif (MB/ST)	CKV50
EPG	die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV)	BKV29
EPC	die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV)	BKV16
Außerdem gelten für den Tarif ARL die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARL)		CKV55
<p>6. Für die Wartezeiten und die Möglichkeiten eines Wartezeiterlasses gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. In der privaten Krankenversicherung beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besondere Wartezeit – für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – acht Monate.</p> <p>7. Beim unmittelbaren Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung ist – nach Annahme des Antrags – für die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine Bescheinigung über die Dauer der ununterbrochenen Vorversicherungszeit erforderlich. Dies gilt analog beim Wechsel aus einer anderen privaten Krankenversicherung mit Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge benötigen wir zur Anrechnung der Dienstzeit auf die Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung eine entsprechende Dienstzeitbescheinigung.</p> <p>8. Bei neuverheirateten Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person ist für den Erlass der allgemeinen Wartezeit die Heiratsurkunde (gegen Rückgabe oder in Kopie) vorzulegen.</p> <p>9. Ist nach dem/den beantragten Tarif/en der Erlass der Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand möglich und wird dieser Wartezeiterlass gewünscht, muss dies in Abschnitt XII. ausdrücklich beantragt werden.</p> <p>10. Die Nummern 7. bis 9. gelten nicht für die Pflegeversicherung. Auf die Wartezeiten in der privaten Pflegepflichtversicherung wird aber beim unmittelbaren Übertritt aus der sozialen Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen die nachgewiesene Vorversicherungszeit angerechnet.</p> <p>11. Nach § 8 VVG können Sie diesen Antrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nicht vor Zugang des Versicherungsscheins. Eine ausführliche Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.</p> <p>12. Bitte beachten Sie bei der Tarifwahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.</p> <p>13. Die Kündigung einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung wird nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen nur wirksam, wenn dem bisherigen Versicherer bis vor Ablauf der Kündigungsfrist ein Anschlussversicherungsnachweis vorgelegt wird. Diesen Nachweis erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.</p> <p>14. Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.</p> <p>15. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist.</p> <p>Der Monatsbeitrag für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung setzt sich aus einem Eigenanteil des Versicherungsnehmers von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle an die Debeka gestundet.</p>		

XVI. Abfrage der Steueridentifikationsnummer (TIN)

Steuerliche Berücksichtigung der Beiträge zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung
 Beiträge zur Privaten Krankenversicherung können abhängig vom Versicherungsschutz zumindest anteilig als Vorsorgeaufwendungen unbeschränkt geltend gemacht werden; Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe abzugsfähig. Wir sind verpflichtet, die steuerlich begünstigten gezahlten und erstatteten Beiträge unter Verwendung Ihrer Steuer-Identifikationsnummer sowie Ihrer Debeka-Service-Nummer gemäß amtlich vorgeschriebenem Datensatz an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu melden. Diese wird die Daten an die Finanzverwaltung weiterleiten. Wenn Sie einen entsprechenden Antrag beim Finanzamt stellen, kann Ihr Dienstherr/Arbeitgeber auf die ELSTAM-Datenbank zugreifen und die abzugsfähigen Beiträge bereits bei der Lohnsteuer berücksichtigen.

Steuer-Identifikationsnummer(n) (TIN) der zu versichernden Person(en):
 (Bitte nicht die eTIN *) laut Lohnsteuerbescheinigung angeben)

TIN											Für (Name, Vorname)	

***) Die eTIN besteht im Gegensatz zur Steuer-Identifikationsnummer (TIN) aus einer Ziffern- und Buchstabenfolge.**

XVII. Schluss-erklärungen

1. Meine Unterschrift und Erklärungen gelten für alle von mir beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen.
2. Mir ist bekannt, dass Abweichungen vom gültigen Tarifbeitrag nicht möglich sind, und dass bei eventuellen Abweichungen der Tarifbeitrag als beantragt gilt
3. Ich bin damit einverstanden, dass der Erstbeitrag nach Ablauf von einer Woche ab Versendung des Versicherungsscheins eingezogen wird, frühestens jedoch unmittelbar zum Versicherungsbeginn. Das Widerrufsrecht nach § 8 VVG bleibt davon unberührt. Mit einem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist, insbesondere bei einer Anschlussversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) an einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung oder an einen Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, bin ich einverstanden.
4. Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für den Erhalt der staatlichen Zulage gemäß § 126 SGB IX bei allen nach Tarif EPG zu versichernden Personen vorliegen und die zu versichernden Personen über eine aktive soziale oder private Pflegepflichtversicherung verfügen. Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bzgl. der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung, unverzüglich mitzuteilen.
 Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Versicherungsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.
5. Ich verpflichte mich, der Debeka alle Änderungen der Verhältnisse, die die Zulageberechtigung nach § 126 SGB XI auslösen oder beenden, unverzüglich mitzuteilen.
6. Hiermit bestätige ich, folgende Unterlagen erhalten zu haben:
 1. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 2. Weitere Vertragsinformationen (Teil 1) und Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 6 VAG
 3. Absicherungsvorschlag
 4. Allgemeine Versicherungsbedingungen und weitere Vertragsinformationen in folgender Form:
 - Antragsbezogen erstellter Datenträger: CD-ROM oder USB-Stick. Mit dieser Form der Bereitstellung bin ich einverstanden.
 - nachträgliche Informationen (nur in Ausnahmefällen mit gesonderter schriftlicher Verzichtserklärung)

Vergewissern Sie sich bitte, ob alle Angaben vollständig und richtig sind – insbesondere die Angaben über die Gesundheitsverhältnisse in Abschnitt XI. –, da Sie dafür verantwortlich sind (siehe auch den hervorgehobenen Hinweis vor den Gesundheitsfragen). Ihre Angaben sind Grundlage unserer Antragsprüfung. Dies gilt auch bei einem Probeantrag. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt.

Darüber hinaus sind die „Datenschutzhinweise“ (Seiten 12 bis 15) sowie die gesondert abzugebenden „Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung“ (Seiten 16 bis 19) Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie vor Ihrer Unterschrift nochmals den „Hinweis auf die Pflicht zur vollständigen und richtigen Beantwortung der nachfolgenden Fragen und auf die Rechtsfolgen bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben“.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)
Unterschrift der zu versichernden Person(en), falls nicht selbst Antragsteller (ab 18 Jahre)	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist. <input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt
Telefon/Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	
	Datum und Unterschrift des (der) Vermittler(s) [] []

Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte

Nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Debeka-Versicherungsunternehmen (Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Pensionskasse AG) und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

Welche Daten im Einzelnen verarbeitet und in welcher Weise genutzt werden, richtet sich maßgeblich nach den beantragten bzw. vereinbarten Verträgen bzw. Dienstleistungen.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle ist:

a) Für die Datenverarbeitung ist das Debeka-Versicherungsunternehmen verantwortlich, bei dem Sie ein konkretes Versicherungsprodukt beantragt haben. Verantwortliche Stelle ist der Debeka Krankenversicherungsverein a. G., der Debeka Lebensversicherungsverein a. G., die Debeka Allgemeine Versicherung AG sowie die Debeka Pensionskasse AG. Wenden Sie sich an das jeweilige Unternehmen unter folgender Anschrift:

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
56073 Koblenz
Telefon (02 61) 4 98-46 64
Telefax (allgemein): (02 61) 4 98-55 55
E-Mail: kundenservice@debeka.de

b) Einige Datenverarbeitungen führen die Unternehmen der Debeka-Gruppe als gemeinsam Verantwortliche im Sinne des Art. 26 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) durch. Der Debeka-Gruppe gehören derzeit folgende Unternehmen an: Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Bausparkasse AG, Debeka Rechtsschutz-Schadenabwicklung GmbH, Debeka Pensionskasse AG, prorente-Debeka Pensions-Management-GmbH, Debeka Unterstützungskasse e. V., Debeka Zusatzversorgungskasse VaG und Debeka proService und Kooperations-GmbH. Nähere Informationen zu den Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie unserer Internetseite unter www.debeka.de/datenschutz entnehmen.

Bei datenschutzrechtlichen Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten unter:

Debeka Hauptverwaltung
– Konzerndatenschutzbeauftragter –
56058 Koblenz
Telefon (02 61) 4 98-30 80
E-Mail: Datenschutzbeauftragter@debeka.de

2. Welche personenbezogenen Daten nutzen wir und woher stammen diese?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Debeka-Gruppe (Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Bausparkasse AG, Debeka Rechtsschutz-Schadenabwicklung GmbH, Debeka Pensionskasse AG, prorente-Debeka Pensions-Management-GmbH, Debeka Unterstützungskasse e. V., Debeka Zusatzversorgungskasse VaG und Debeka proService und Kooperations-GmbH) oder von sonstigen Dritten (z. B. von Kooperationspartnern oder Auskunftfeien) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben und zukünftig erhalten werden.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Wir erheben personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der betroffenen Person nur dann, wenn die direkte Erhebung unzumutbar oder unverhältnismäßig wäre. Das kann zum Beispiel eine versicherte Person oder ein Stellvertreter sein. Bitte informieren Sie in diesem Fall die betroffenen Personen über die Datenspeicherung und diese Datenschutzhinweise.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus verarbeiten wir besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten). Weiterhin können dies auch Auftragsdaten (z. B. Zahlungsauftrag), Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtung, Informationen über ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen Telemedien (z. B. Zeitpunkt des Aufrufs unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angewählte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.debeka.de/datenschutz abrufen.

Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich in erster Linie nach dem konkreten Produkt (z. B. Krankenversicherung, Lebensversicherung, Schaden- und Unfallversicherung) und können unter anderem Bedarfsanalysen sowie Beratung umfassen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b) DS-GVO)

Eine Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 4 Nr. 2 DS-GVO) ist im Rahmen des Antrags auf Versicherungsschutz erforderlich. Sie erfolgt zur Einschätzung des zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Ausfertigung des Versicherungsscheins oder Rechnungsstellung, der Ausführung Ihrer Aufträge sowie aller mit dem Betrieb und der Verwaltung eines Versicherungsunternehmens erforderlichen Tätigkeiten. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

b) Im Rahmen einer Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f) DS-GVO)

Soweit erforderlich verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Dies sind unter anderem:

- Führung gemeinsamer Datensammlungen und zentralisierte Bearbeitung von Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf der Unternehmen der Debeka-Gruppe;
- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunftfeien (z. B. SCHUFA, Infocore) zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Debeka-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit Sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben und alle weiteren gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind;

- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs der Versicherungsunternehmen;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

c) Aufgrund einer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DS-GVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Einwilligung in die Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) DS-GVO) oder im öffentlichen Interesse (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e) DS-GVO)

Zudem unterliegen wir als Versicherungsunternehmen diversen rechtlichen Verpflichtungen, das heißt gesetzlichen Anforderungen (z. B. Versicherungsaufsichtsgesetz, Versicherungsvertragsgesetz, Geldwäschegesetz, Steuergesetze, Außenwirtschaftsgesetz) sowie aufsichtsrechtlichen Vorgaben (z. B. durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht). Zu den Zwecken der Verarbeitung gehören unter anderem die Erfüllung aufsichtsrechtlicher und regulatorischer Aufgaben, die Identitäts- und Altersprüfung, Betrugs- und Geldwäscheprävention, die Erfüllung steuerrechtlicher Kontroll- und Meldepflichten sowie die Bewertung und Steuerung von Risiken sowie die Auskunft an Behörden.

4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb des Versicherungsunternehmens erhalten diejenigen Stellen Ihre Daten, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DS-GVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind Unternehmen in den Kategorien IT-Dienstleistungen, Logistik, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung, Assisteure sowie Vertrieb und Marketing und Anschriftenermittlung.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb des Versicherungsunternehmens ist zunächst zu beachten, dass die Debeka Krankenversicherung, Debeka Lebensversicherung, Debeka Unfallversicherung sowie Debeka Pensionskasse aufgrund gesetzlicher Vorgaben zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen (Schweigepflicht). Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies erlauben oder gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

a) Rückversicherer:

Der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. sowie die Debeka Allgemeine Versicherung AG versichern jeweils in besonderen Fällen die übernommenen Risiken bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen Ihnen diese im Internet zur Verfügung:

Rückversicherer des Debeka Lebensversicherungsverein a. G.

- E+S Rück (www.es-rueck.de/datenschutz-es)
- General Reinsurance AG (de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO)
- SCOR Global (www.scor.com)

Rückversicherer der Debeka Allgemeine Versicherung AG

- E+S Rück (www.es-rueck.de/datenschutz-es)
- General Reinsurance AG (de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO)
- SwissRe (www.swissre.com/privacy_policy.html)
- SCOR Global (www.scor.com)

b) Datenverarbeitung in der Debeka-Gruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche der Debeka-Gruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Vertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für den Zahlungsverkehr oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Version können Sie unserer Internetseite unter www.debeka.de/datenschutz entnehmen.

c) Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter www.debeka.de/datenschutz entnehmen.

d) Behörden:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden) oder bei der Beantragung von Zulagen.

e) Auskunftfeien:

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zwecke der Bonitätsprüfung oder dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten an Auskunftfeien (SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden – Schufa – sowie infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden – ICD –). Nähere Informationen zur Tätigkeit der genannten Auskunftfeien sowie weitere datenschutzrechtliche Hinweise können dem Informationsblatt nach Art. 14 DS-GVO eingesehen werden unter

- <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/>
- www.finance.arvato.com/icdinfoblatt

f) Weitere Empfänger:

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben bzw. für die Sie uns von der Schweigepflicht entbunden haben.

5. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde zu datenschutzrechtlichen Sachverhalten an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte
für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Rheinland-Pfalz
Hintere Bleiche 34
55116 Mainz

6. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

7. Wie lange werden meine Daten aufbewahrt?

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten auf, solange sie für die oben genannten Zwecke erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen in der Regel zehn Jahre.

8. Datenübermittlung in ein Drittland

Es finden grundsätzlich keine Übermittlungen von personenbezogenen Daten in Länder außerhalb des EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) oder an eine internationale Organisation statt, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgeschrieben bzw. behördlich oder gerichtlich angeordnet. Im Rahmen der Fernwartung von Standard-IT-Komponenten und -Systemen ist es zur Fehlerbehebung im Einzelfall nicht auszuschließen, dass ein IT-Dienstleister aus einem Drittland (z. B. USA) in seltenen Fällen gesteuert und begrenzt Einsicht in personenbezogene Daten erhält bzw. sich die oft nur theoretische Zugriffsmöglichkeit nicht ausschließen lässt.

Sofern es gesetzlich vorgegeben ist, werden wir Sie über die Datenübermittlung gesondert informieren.

9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

a) Der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. entscheidet auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, ggf. vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrags.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. auch vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

In der Krankenversicherung können Anträge unter bestimmten Bedingungen direkt poliziert bzw. angenommen werden. Demzufolge wird der Antrag maschinell verarbeitet, ohne dass ein Sachbearbeiter eine Prüfung vornimmt. Dieser Sachverhalt wird als Direktpolizierung bezeichnet. Im Rahmen der Direktpolizierung wird keine Ablehnung von Anträgen vorgenommen. Die Entscheidung, ob der Antrag direkt poliziert werden kann, wird automatisiert getroffen. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“). Konkret werden folgende Daten herangezogen:

- Allgemeine Daten (z. B. Eingangsdatum, Antragsdatum, Antragsart)
- Personenbezogene Daten (z. B. Geburtsdatum, Adresse)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife, Summen zu Tarifen, Tarifkombinationen, Umschreibungsarten, Anlagen vorhanden)
- Gesundheitsdaten (Angaben zu den jeweiligen Gesundheitsfragen im Antrag)
- Zahlungsdaten (z. B. kein abweichendes Konto zwischen Antrag und bestehender Versicherung)

Anhand der Daten erfolgt eine Klassifizierung aufgrund festgelegter Parameter, die im Programm definiert sind. Das verwendete Verfahren wird als „Entscheidungsbaum“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode.

Die Leistungsbearbeitung in der Krankenversicherung findet zum Teil vollmaschinell statt. Die maschinelle Bearbeitung der dazu selektierten Leistungsaufträge unterscheidet sich grundsätzlich nicht von derjenigen der menschlichen Kollegen. Es wird ausschließlich eine 100 % tarifliche Leistung erstattet und es findet keine verminderte Leistung oder Ablehnung des Leistungsauftrags statt. Sollte sich eine Leistungsminderung ergeben, wird der Fall automatisch einer manuellen Weiterbearbeitung zugeführt. Ausschließlich die Fälle, die keine spezielle manuelle Bearbeitung benötigen, werden maschinell freigegeben. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“). Konkret werden folgende Daten herangezogen:

- Belegbezogene Daten (z. B. Behandlungsdatum, Rechnungsbetrag)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife, Tarifkombinationen)

Anhand der Daten erfolgt eine Klassifizierung aufgrund festgelegter Parameter, die im Programm definiert sind. Das verwendete Verfahren wird als „Entscheidungsbaum“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode.

b) Der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. entscheidet auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, ggf. vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrags. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

In der Rentenversicherung können Anträge unter bestimmten Bedingungen ohne Zutun eines Sachbearbeiters poliziert werden. Dieser Sachverhalt wird als Dunkelpolizierung bezeichnet. Im Rahmen der Dunkelpolizierung wird keine Ablehnung von Anträgen vorgenommen. Die Entscheidung, ob der Antrag dunkel poliziert werden kann, wird automatisiert getroffen. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“). Konkret werden folgende Daten herangezogen:

- Allgemeine Daten (z. B. Vollständigkeit des Antrags)
- Personenbezogene Daten (z. B. Adresse, Nationalität, Steuerpflicht)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife oder Risikozuschläge)
- Gesundheitsdaten (Angaben zu den jeweiligen Gesundheitsfragen im Antrag)
- Zahlungsdaten (z. B. Höhe des Beitrags)

Anhand der Daten erfolgt eine Klassifizierung aufgrund festgelegter Parameter, die im Programm definiert sind. Das verwendete Verfahren wird als „Entscheidungsbaum“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode.

10. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DS-GVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO i. V. m. § 19 BDSG). Ferner besteht ein Widerrufsrecht nach Art. 7 Abs. 3 DS-GVO sowie – sofern die Datenverarbeitung auf einer allgemeinen Interessenabwägung beruht – ein Widerspruchsrecht nach Art. 21 DS-GVO.

11. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Aufnahme und Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind, die wir zur Ausübung unserer berechtig-

ten Interessen benötigen oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Insbesondere der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. ist nach den geldwäscherechtlichen Vorschriften verpflichtet, Sie vor der Begründung der Geschäftsbeziehung beispielsweise anhand Ihres Personalausweises/Passes zu identifizieren und dabei Ihren Namen, Geburtsort, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit sowie Ihre Wohnanschrift zu erheben und den Personalausweis/Pass elektronisch zu erfassen. Damit wir dieser gesetzlichen Verpflichtung nachkommen können, haben Sie uns nach dem Geldwäschegesetz die notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebende Änderungen unverzüglich anzuzeigen. Sollten Sie uns die notwendigen Informationen und Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, dürfen wir die von Ihnen gewünschte Geschäftsbeziehung nicht aufnehmen oder fortsetzen.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

1. Einzelfallbezogenes Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e) DS-GVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f) DS-GVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt

auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Art. 4 Nr. 4 DS-GVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung von Daten für Zwecke der Direktwerbung

In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte möglichst gerichtet werden an:

Debeka Hauptverwaltung
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
56073 Koblenz
Telefax (allgemein): (02 61) 4 98-55 55
E-Mail: kundenservice@debeka.de

Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung

Verwendung Ihrer Daten bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden Debeka genannt)

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Versicherungsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Detaillierte Informationen zur Datenverarbeitung bei der Debeka finden Sie in unseren vorstehenden Datenschutzhinweisen. Dort finden Sie auch die Hinweise auf die Unternehmen der Debeka-Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister (Dienstleisterübersicht), zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Die Kontaktdaten des Verantwortlichen und des Datenschutzbeauftragten können Sie den Datenschutzhinweisen unter Ziffer 1 sowie eine ausführliche Beschreibung Ihrer Rechte können Sie Ziffer 10 der Datenschutzhinweise entnehmen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die im Antrag genannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Es steht Ihnen frei, die nachfolgenden Einwilligungen und – soweit erforderlich – Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben, oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen unter der in den Datenschutzhinweisen angegebenen Adresse ganz oder teilweise zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Auch kann es zu Verzögerungen bei der Leistungsbearbeitung, zu Leistungskürzungen oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers kommen, wenn dem Versicherer die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs erforderlichen Informationen mit zeitlicher Verzögerung, unvollständig oder gar nicht zugehen.

Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung gemeinsamer Datensammlungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Vorversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Debeka

Ich willige ein, dass die Debeka die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass die von der vorstehenden Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung zur Information zu Versicherungsprodukten oder sonstigen Finanzdienstleistungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe verwendet werden dürfen.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein. Ausnahmen finden sich in den Regelungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke (siehe Punkt 2).

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Debeka

Die Debeka verpflichtet die nachfolgenden Stellen auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Einwilligung zur Datenweitergabe an Notfallpartnerunternehmen

Da wir einige Dienstleistungen aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen nicht selbst erbringen können, arbeiten wir mit sogenannten Notfallpartner- bzw. Assistance-Unternehmen zusammen. Diese erbringen Assistance-Leistungen, wie die 24-stündige Erreichbarkeit bei Leistungsanfragen und helfen bei der Bearbeitung von Leistungsfällen. Hierzu geben wir im Leistungsfall Ihre personenbezogenen Daten weiter, die für die Kontaktaufnahme und die Abrechnung benötigt werden. Dazu gehören Ihr Name, Ihre Anschrift, Ihre Servicenummer, Ihr Geburtsdatum, ggf. Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse, der Umfang des Versicherungsschutzes und – sofern erforderlich – Gesundheitsdaten.

Ich willige ein, dass meine Daten im Rahmen der vorgenannten Verwendungszwecke an die Notfallpartnerunternehmen übermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Debeka tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Vorversicherer

Als Antragsteller sind Sie verpflichtet, uns die im Antrag genannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit Vorversicherern erforderlich werden.

Ich willige ein, dass sich die Debeka zur Überprüfung und Ergänzung meiner im Antrag gemachten Angaben mit dem von mir benannten Vorversicherer in Verbindung setzt. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Debeka tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Verwendung von im Rahmen der bisherigen Leistungsbearbeitung gespeicherten Gesundheitsdaten

Im Rahmen der Risikoprüfung verwendet die Debeka nicht nur die im Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes von Ihnen angegebenen Gesundheitsangaben, sondern nutzt auch die zu Ihrem Vertrag im Rahmen der bisherigen Leistungsbearbeitung gespeicherten Gesundheitsdaten (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) zur Beurteilung des neu hinzukommenden Risikos. Der Zeitraum, in dem der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die bereits gespeicherten Leistungsdaten verwendet, beschränkt sich auf die letzten fünf Jahre ab Stellung des Änderungsantrages.

Ich willige ein, dass die Debeka meine im Rahmen der bisherigen Leistungsbearbeitung gespeicherten Gesundheitsdaten aus den letzten fünf Jahren ab Antragstellung zu den oben genannten Zwecken nutzt.

4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Debeka meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu dem oben genannten Zweck verarbeitet.

5. Einwilligung in die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn ein früherer Antrag nicht zu einem Vertrag geführt hat

Im Rahmen der Risikoprüfung verwendet die Debeka nicht nur die von Ihnen in diesem Antrag angegebenen Gesundheitsangaben, sondern verarbeitet auch die im Rahmen der Bearbeitung eines eventuellen früheren Antrags längstens für drei Jahre gespeicherten Gesundheitsdaten (z. B. Antragsangaben, Atteste, Gutachten) zur Beurteilung des Risikos. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Debeka meine im Rahmen einer eventuellen früheren Antragsbearbeitung gespeicherten Gesundheitsdaten zu dem oben genannten Zweck nutzt.

Einwilligung in die Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten für Gesundheitsservices und -programme

Um Ihnen zukünftig besondere Gesundheitsservices und -programme anbieten zu können, ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer mit diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten notwendig. Hierfür analysieren wir die mitgeteilten oder eingereichten Gesundheitsdaten nach bestimmten Kriterien. Die Analyseergebnisse werden ausschließlich bei der Debeka gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Sofern für Sie die Teilnahme an einem Gesundheitsservice oder -programm relevant ist, erhalten Sie ein konkretes Angebot sowie eine Schweigepflichtentbindungserklärung mit weiteren Erläuterungen von uns. Sie entscheiden erst zu diesem Zeitpunkt, ob Sie einer Teilnahme und einer Weiterleitung Ihrer Daten an den jeweiligen Kooperationspartner zustimmen.

Die aktuellen Gesundheitsservices und -programme finden Sie auf unserer Internetseite <https://www.debeka.de/service/progesundheit/index.html>. Bitte beachten Sie, dass diese sich entsprechend des Versorgungsbedarfs ständig verändern.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zu den oben genannten Zwecken verwendet werden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung sowie für die Datenübermittlung zwischen dem Betreiber des Gesundheitstelefon und dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bei Versicherung nach Tarif EPC und/oder EA55plus

Um Ihnen einen besseren Service anbieten zu können, stellen wir Ihnen über unseren Kooperationspartner ein Gesundheitstelefon bereit. Den aktuellen Anbieter des Gesundheitstelefon können Sie unserer Internetseite entnehmen. Sie haben die Möglichkeit zu ausgewählten Themen eine telefonische Beratung oder den Terminvereinbarungsservice in Anspruch zu nehmen. Sofern Sie von dieser Serviceleistung Gebrauch machen, werden bei Ihrem Anruf Ihre personenbezogenen Daten von dem Betreiber des Gesundheitstelefon erhoben und verarbeitet. Je nach Anliegen können auch Gesundheitsdaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass, sofern ich den Service des Gesundheitstelefon nutze, der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten und, soweit erforderlich, die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt und verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon meine allgemeinen personenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken an die Debeka übermittelt.

Weiterhin ist mir bekannt, dass der Betreiber des Gesundheitstelefon die allgemeinen personenbezogenen Daten und ggf. von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung an die Debeka übermittelt. Ich befreie zu den vorgenannten Zwecken den Betreiber des Gesundheitstelefon von seiner Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten.

Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme

Unser Service zu Ihrem Vorteil

Über Ihren bestehenden Versicherungsschutz hinaus möchten wir Sie gerne auch über andere bzw. neue Angebote der Debeka-Unternehmen informieren und – sofern von Ihnen gewünscht – konkrete Absicherungsvorschläge unterbreiten. Einfach und schnell funktioniert dies am besten über eine vorherige Kontaktaufnahme per Telefon/E-Mail. Um unseren Service auf diesem Wege leisten zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig, hat keinen Einfluss auf bestehende oder zukünftige Verträge und kann jederzeit widerrufen werden bei: Debeka-Unternehmen, 56058 Koblenz.

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
1					
2					
3					
4					

Ich gestatte den Debeka-Unternehmen (Krankenversicherungsverein a. G., Lebensversicherungsverein a. G., Allgemeine Versicherung AG, Pensionskasse AG, Bausparkasse AG) bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich auch telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Unternehmen zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Weg Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Unternehmen zu unterbreiten sowie mich zur Markt- und Meinungsforschung für die Debeka-Unternehmen zu befragen. Meine Kontaktdaten dürfen von den Debeka-Unternehmen zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden.

Ich möchte den Service der Debeka-Unternehmen nicht in Anspruch nehmen und stimme einer werblichen Kontaktaufnahme per Telefon/E-Mail nicht zu.

Bevollmächtigung zur Datenübermittlung nach § 128 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Bei der seit Januar 2013 staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung wird derjenige, der eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung abschließt, mit einer staatlichen Förderung belohnt. Die Förderung geschieht dabei auf direktem Wege. Voraussetzung dafür ist, dass die Zulage für die zulagenberechtigte Person entsprechend dem in § 128 SGB XI beschriebenen Verfahren mittels amtlich vorgeschriebenem Datensatz bei der Deutschen Rentenversicherung Bund beantragt wird. Hierfür benötigen wir folgende Vollmacht.

Ich bevollmächtige den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., meine Zulage für die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung für jedes Beitragsjahr bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beantragen. Hierzu werden gemäß amtlich vorgeschriebenem Datensatz meine Daten an die Zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt. In diesem Zusammenhang wird auch die Zulagennummer (= Rentenversicherungsnummer) übermittelt.

Sofern noch keine Zulagennummer (= Rentenversicherungsnummer) besteht, bevollmächtige ich den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zulagennummer für mich zu beantragen.

Besteht bereits bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. eine geförderte Rentenversicherung willige ich ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die im Rahmen der geförderten Rentenversicherung gespeicherte Rentenversicherungsnummer bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. erhebt und im Rahmen der förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung nutzt.

Zur Beantragung der Zulage benötigen wir für alle versicherten Personen mit geförderter ergänzender Pflegeversicherung folgende Angaben:

	Name, Vorname Geburtsname, sofern abweichend vom Namen	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnummer
1				
2				
3				
4				

Der Abschluss einer geförderten ergänzenden Pflegeversicherung ist nicht bei mehreren Versicherungsunternehmen gleichzeitig möglich.

Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich **auch** für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Unterschriften zum Antragsteil „Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung“

Ohne die nachfolgend vorgesehene/n Unterschrift/en kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

X
Datum, Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

X
Datum, Unterschrift der volljährigen mitzuversichernden Person(en)

X
Datum, Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person(en) – bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

X
Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter allein sorgeberechtigt

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Mandat für wiederkehrende Lastschriften für die **Debeka Versicherung**

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56058 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE54 DBK 000000 54093**

Ich ermächtige die Debeka Koblenz, Zahlungen sowie eventuelle Rückbelastungsgebühren von meiner Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Debeka Koblenz auf meine Bankverbindung gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags bei meinem Kreditinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der die Abbuchung vorab angekündigt wird, auf mindestens drei Werktage verkürzt wird.

Falls sich meine Daten ändern, benachrichtige ich umgehend die Debeka Hauptverwaltung, Abteilung FI/Z, 56068 Koblenz.

Bankverbindung

IBAN

BIC Kreditinstitut

Kontoinhaber

Name, Vorname

Geburtsdatum Telefonnummer

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Datum Unterschrift