

# Antrag auf Abschluss oder Änderung einer Krankenversicherung/ Pflegepflichtversicherung

**AUS VERSICHERUNG  
WIRD VERBESSERUNG**





**B Zu versichernde Tarife**

Person	Vers. ab 1. Monat	Jahr	Tarifbezeichnung	Selbstbeteiligung	Versicherungsleistung	Tariform	Tarifbeitrag	Gesetzlicher Zuschlag	Gutschrift	Beitragszuschlag	zu zahlender mtl. Beitrag

Person 1, entfallende Tarife	Beitrag neue Tarife
Person 2, entfallende Tarife	Beitrag verbleibende Tarife
Person 3, entfallende Tarife	neuer monatlicher Gesamtbeitrag

**C Pflegepflichtversicherung**

	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>
<b>1. Falls eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag beantragt wird:</b> Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* der zu versichernden Person die Grenze von 455 EUR in 2020 bzw. beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung mehr als 450 EUR in 2020? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>2. Bei Beantragung einer Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner i.S. des Lebenspartnerschaftsgesetzes, falls nicht unter Person 1 oder 2 geführt:</b>			
Name des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners _____	Versicherungsunternehmen	seit	
Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners die in Frage 1 genannten Höchstgrenzen? .....		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

\* Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts, z.B. Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mieteinnahmen, Kapitalerträge. Die Grenze für die Familienversicherung beträgt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV bzw. ist bei geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 SGB IV festgelegt.

**D Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (nur für Tarif PflegeBahr)**

**Hiermit erkläre ich, dass**

- Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) besteht und
- derzeit keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit bezogen werden oder in der Vergangenheit bezogen wurden und
- das 18. Lebensjahr vollendet ist und kein zulageberechtigter Pflegetarif bei einem anderen Unternehmen besteht oder beantragt wurde.

**Ich verpflichte mich,** alle Änderungen in Bezug auf diese Voraussetzungen der Generali Deutschland Krankenversicherung AG unverzüglich nach deren Eintritt in Textform mitzuteilen.

Mit Abschluss des **Tarifs PflegeBahr** bevollmächtige ich die Generali Deutschland Krankenversicherung AG, die staatliche Pflegevorsorgezulage jährlich bei der zentralen Zulagenstelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) zu beantragen. Falls eine Rentenversicherungs- oder Zulagennummer noch nicht vergeben wurde, bevollmächtige ich die Generali Deutschland Krankenversicherung AG außerdem, eine Zulagennummer bei der zentralen Stelle zu beantragen.

**E Wartezeiten (Der Wartezeiterlass muss von der Generali ausdrücklich bestätigt werden)**

Ein Wartezeiterlass wird nur dokumentiert, wenn ein **Nachweis über die Vorversicherung** und ggf. weitere Unterlagen vorliegen. Gehen die Unterlagen nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Datum der Antragstellung bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Wartezeiterlass muss von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG ausdrücklich bestätigt werden.

Ein Wartezeiterlass ist in der Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung nur möglich, wenn gleichzeitig eine Vollkostenversicherung abgeschlossen wird.

Ein Wartezeiterlass ist in der Pflegezusatzversicherung und der GKV-Zusatzversicherung grundsätzlich nicht möglich.

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z.B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ in diesem Formular.

Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer in Abschnitt G genaue Angaben zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben, was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Generali Deutschland Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Für den Abschluss eines PflegeBahr müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.

**A1** Haben Sie einen Hausarzt? .....  
 Wenn ja: Name, Adresse und Telefon angeben  
 Wenn nein: Welcher Arzt ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert?  
 Person 1  
 Person 2  
 Person 3

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

**A2** Wird auf die Gesundheitsgarantie/das Optionsrecht verzichtet? .....  
 Wird nur auf das Optionsrecht in der privaten Krankheitskostenvollversicherung verzichtet? .....

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



**B1** **Körpergröße** in cm .....  
**Körpergewicht** in kg .....

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

**B2** Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test)? .....

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

**B3** Wurde bei Ihnen jemals eine Krebs- oder Tumorerkrankung festgestellt? .....

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

**B4** Haben oder hatten Sie in den letzten **5 Jahren** in folgenden Bereichen **Krankheiten, Unfallfolgen, Verletzungen oder Beschwerden?** Haben Untersuchungen (inklusive Kontrolluntersuchungen), Beratungen oder Behandlungen stattgefunden?

**B4.1 Herz, Kreislauf oder Gefäße** (z. B. Bluthochdruck, Infarkt, Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen)

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

**B4.2 Atmungsorgane** (z. B. akute oder chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe, Entzündung Nasennebenhöhlen)

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

**B4.3 Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse oder Leber** (z. B. Entzündung, erhöhte Laborwerte, Magen-Darm-Spiegelung, Sodbrennen)

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

**B4.4 Niere, Blase, Prostata oder Unterleibsorgane** (z. B. Entzündung, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Harninkontinenz, Zysten)

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

**B4.5 Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung** (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, unerfüllter Kinderwunsch)

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

**B4.6 Stoffwechsel oder Hormonhaushalt** (z. B. erhöhte Blutzucker- oder Blutfettwerte, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)

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

**B4.7 Bluterkrankungen** (z. B. Anämie, Blutgerinnungsstörung)

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

**B4.8 Nervensystem, Rückenmark oder Gehirn** (z. B. Epilepsie, Migräne, Schwindel, Stand-, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen)

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

**B4.9 Psyche** (z. B. Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen, Trennungs- und Trauerproblematik, ADS, Schlafstörung)

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

**B4.10 Wirbelsäule, Sehnen, Bänder, Muskeln, Knochen oder Gelenke** (z. B. Rücken-, Bandscheiben- oder Knieerkrankungen, Arthrose, Rheuma, Verspannungen)

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

**B4.11 Haut oder Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Schuppenflechte, Ekzeme, Neurodermitis)

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

**B4.12 Augen oder Ohren** (z. B. grauer oder grüner Star, Tinnitus, Laserbehandlung)

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

**B4.13 Infektionen** (z. B. akute oder chronische Hepatitis, Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankungen, Infektion nach Zeckenbiss)

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

**B4.14 Vergiftungen oder Suchterkrankungen** (z. B. Alkohol- oder Drogenkonsum)

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

**B5** Wurden Ihnen in den **letzten 2 Jahren** von Ärzten oder Heilpraktikern Medikamente verordnet? .....

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

**B6** Haben in den **letzten 10 Jahren Operationen** (auch ambulante) **oder stationäre Aufenthalte** (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden? .....

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

**B7** Sind **ambulante oder stationäre Behandlungen**, Beratungen oder Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen) **notwendig oder angeraten?** .....

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

**B8** Besteht eine **Schwangerschaft?** Wenn ja, bitte Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Antragstellung 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
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

**C1** Bestehen **geistige oder körperliche Beeinträchtigungen** (z. B. Amputationen, Lähmungen, Schwerhörigkeit, Sehschwäche)? (Bitte Diagnose und Grad der Behinderung 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
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

**C2** Besteht **Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder ist ein Arbeitsunfall** anerkannt (Bitte %-Satz angeben und Bescheid beifügen)? .....

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



**C3** Wird eine **Sehhilfe** (Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten? .....

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

## F Fragen an die zu versichernde(n) Person(en) (Fortsetzung)



**D1** Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? .....

Wenn ja: im Oberkiefer? .....

Wenn ja: im Unterkiefer? .....

**Bei Beantwortung dieser Frage mit „Ja“ wird Folgendes vereinbart:**

Ich bin damit einverstanden, dass für Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung kein Versicherungsschutz für den angekreuzten Kiefer besteht.

---

**D2** Bei wie vielen Zähnen wurde in den letzten zwei Jahren eine Zahnwurzelbehandlung durchgeführt? .....

**Beitragszuschläge können Sie der Tariftabelle entnehmen. Ab vier wurzelbehandelten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.**

---

**D3** Wurde in den letzten drei Jahren eine Parodontose oder Parodontitis festgestellt oder behandelt? .....

**Wichtiger Hinweis: Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantworten, können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.**

---

**D4** Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Zahnersatzmaßnahme statt, oder ist eine solche notwendig oder angeraten? Sofern ein Heil- und Kostenplan vorliegt, fügen Sie bitte diesem Antrag eine Kopie bei. ....

**Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.**

---

**D5** Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne sowie Lückenschluss)? .....

**Beitragszuschläge können Sie der Tariftabelle entnehmen. Ab vier fehlenden und nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.**

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

## G Ergänzende Angaben (zu den in Abschnitt F mit JA beantworteten Fragen)

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, bitte weitere Angaben auf einem Beiblatt machen. Beiblatt:  Nein  Ja

Person	Frage	Art der Krankheiten, Diagnosen, Beschwerden, Untersuchungen (auch Kontrolle), Beratungen, Behandlungen, Medikamente und Zahnersatz	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Ausgeheilt		Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers, Psychologen, Krankenhauses/der Kurklinik					
					Ja	Nein						
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						<input type="checkbox"/>	

## H Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine der folgenden Versicherungsarten für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Generali angeben)?

Nein  Ja (wenn ja, bitte angeben) **A** Gesetzliche Krankenversicherung · **B** Private Krankenversicherung · **C** Pflegeversicherung · **D** Pflegezusatzversicherung

Person	Art A · B · C · D	Gesellschaft/Kasse	von	bis	mit KHT	mit KT	ab Tag	Pflegetarif-bezeichnung	Pflegegeld	wer kündigte?	
										VN	VU
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich willige darin ein, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine in diesem Antrag gemachten Angaben zu weiteren Versicherungen durch eine dort gestellte Anfrage überprüft, und entbinde die Mitarbeiter der angegebenen Vorversicherer zu diesem Zweck bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht. Erteile ich die Einwilligung oder die Schweigepflichtentbindungserklärung nicht, kann dies dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag aus diesem Grund nicht zustande kommt.**

Besteht für Sie oder eine mitzuversichernde Person bei einem Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?  Nein  Ja

**Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.**

Hat ein Krankenversicherer (auch Generali) für Sie oder die mitzuversichernde Person in den letzten 3 Jahren einen Vertragsschluss abgelehnt?  Nein  Ja

Person \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ Gesellschaft \_\_\_\_\_ Wenn Generali, bitte Vers.-Nr. angeben \_\_\_\_\_

Person \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ Gesellschaft \_\_\_\_\_ Wenn Generali, bitte Vers.-Nr. angeben \_\_\_\_\_

**Hinweis:** In den nachfolgenden Erklärungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Abkürzung „Versicherer“ verwendet. Gemeint ist damit die Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

## 1. Bonität/Scoring

Bei Anträgen auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ist es zum Schutz der Versichertengemeinschaft erforderlich, Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren in Bezug auf den Antragsteller sowie in Bezug auf alle erwachsenen zu versichernden Personen durchzuführen. Bei Zusatzversicherungen gilt das Gleiche, wenn der Tarif eine Umstellungsoption auf eine Krankheitskostenvollversicherung („Gesundheitsgarantie“) vorsieht. Sollte die nachfolgende Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann dies daher dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt bzw. eine Umstellungsoption nicht ausgeübt werden kann.

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, und Durchführung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, unter Verwendung von Anschriftendaten, von der infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und von der SCHUFA AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden bezieht und verarbeitet. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Nähere Informationen zu diesen Dienstleistern finden Sie auf der Produkt-CD.

## 2. Einwilligung in die Datenübermittlung zwecks Zulageantrag

Um die staatliche Pflegevorsorgezulage oder die Zulagennummer beantragen zu können, ist es für den Versicherer erforderlich, der zentralen Zulagenstelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) personenbezogene Daten zu übermitteln (z.B. Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Anschrift, Rentenversicherungs- oder Zulagennummer). Außerdem erhält die zentrale Stelle die Erklärungen der zu versichernden Personen, die diese im Rahmen des Antragsverfahrens gegenüber dem Versicherer abgegeben haben.

Ich willige widerruflich darin ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer in dem für das Antragsverfahren erforderlichen Umfang an die zentrale Stelle übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass bei Widerruf dieser Einwilligung die staatliche Pflegevorsorgezulage vom Versicherer nicht beantragt werden kann und eine Beantragung durch die versicherte Person gesetzlich nicht vorgesehen ist.

## 3. 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, benötigt der Versicherer daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder sonstige nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister etc. weiterzuleiten.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221 1636-0, gesundheit@generali.com oder www.generali.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs beim Versicherer durchgeführt wurden.

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

- durch den Versicherer selbst (unter 3.1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 3.2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.4.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.5.).

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.

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

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

## 3.2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## 3.3. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

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

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

### 3.4.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Posteingangsbearbeitung und die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, ganz oder teilweise nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschütz-

ten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherte Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherte führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherte erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeit gültige Liste ist in der Kundeninformation auf der Produkt-CD angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.generali.de/dsgvo/](http://www.generali.de/dsgvo/) eingesehen oder telefonisch beim Versicherte unter 0221 1636-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherte Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherte meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherte dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherte tätigen Mitarbeiter der Generali Deutschland Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherte Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherte Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt.

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

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherte unterrichtet.

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

### 3.4.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherte meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 3.5. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherte Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherte speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden beim Versicherte bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

## J Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags sowie zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Zur Förderung der Transparenz der Datenverarbeitungen ist die Generali Deutschland Krankenversicherung AG den sog. „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ beigetreten. Weitere Informationen zu den Verhaltensregeln und zu Listen der Unternehmen der Generali Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, finden Sie in den „Kundeninformationen“, die Sie vor Ihrer Vertragserklärung erhalten, unter „Hinweise zum Schutz Ihrer Daten“. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali Deutschland Krankenversicherung AG erhalten Sie unter [www.generali.de/dsgvo/](http://www.generali.de/dsgvo/).

## K Wichtige Hinweise

### 1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, die gewählten Tarife mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die Generali Deutschland Krankenversicherung AG schriftlich die Annahme des Antrages erklärt.

### 2. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der „Kundeninformation“ auf der Produkt-CD. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie die Belehrung über das Widerrufsrecht.

### 3. Erklärung zu Tagegeldversicherungen

Ab Antragstellung darf der Neuabschluss einer weiteren Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankenhaustagegeld nur mit Einwilligung der Generali Deutschland Krankenversicherung AG beantragt oder abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist die Generali Deutschland Krankenversicherung AG nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, die Krankentagegeld- bzw. die Krankenhaustagegeldversicherung innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen und berechtigt, ihre Leistung ganz oder teilweise zu kürzen.

## L Ausschluss der Gesundheitsgarantie/des Optionsrechts

Einige Tarife der Generali Deutschland Krankenversicherung AG bieten grundsätzlich eine Gesundheitsgarantie/ein Optionsrecht zur Anpassung des Versicherungsschutzes (wie im Tarifdruckstück oder im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten beschrieben).

Wie unter Abschnitt F „Fragen an die zu versichernde(n) Person(en)“ erklärt, wird abweichend von den Tarifbeschreibungen auf die Gesundheitsgarantie/ das Optionsrecht verzichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

## M Werbung, Markt- und Meinungsforschung, Kundenzufriedenheitsbefragung

### Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine E-Mailadresse und Telefonnummer sowie Informationen zu meinem Vertrag mit Ausnahme von Gesundheitsdaten nutzt, um mich über neue Produkte und Serviceangebote der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zu informieren. Dies gilt auch für die Durchführung von Kundenzufriedenheitsbefragungen durch Marktforschungsunternehmen.

### Widerrufsbelehrung

Ihre vorstehenden Erklärungen zur Nutzung der E-Mail-Adresse und Telefonnummer für vertragliche Zwecke, Werbung und/oder für Kundenzufriedenheitsbefragungen können Sie jederzeit, ganz oder teilweise, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221-1636-0, [gesundheit@generali.com](mailto:gesundheit@generali.com), [www.generali.de/widerruf/](http://www.generali.de/widerruf/). Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurde.

## N Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ auf den folgenden Seiten dieses Antrages, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages werden. Eine Durchschrift des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschriften der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahren (bei Personen unter 16 Jahren zusätzlich die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter)

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG erhalten, verständigen Sie uns bitte.

## O Empfangsbestätigung (Folgende Unterlagen habe ich erhalten)

Hiermit bestätige ich, dass ich vor der Unterzeichnung dieses Antrages die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen und die Kundeninformation einschließlich des Informationsblattes der Aufsichtsbehörde (BaFin) auf der Produkte-CD (Version \_\_\_\_\_) bzw. als PDF erhalten habe. Mit der Aushändigung in dieser Form bin ich einverstanden.

Weiterhin habe ich folgende Unterlagen erhalten:

Beratungsprotokoll

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Erklärung des Antragvermittlers: Ich erkläre, dass mir keine weiteren Mitteilungen über frühere oder noch bestehende Erkrankungen gemacht worden sind. Anzeichen von Krankheiten, Gebrechen oder Anomalien habe ich nicht bemerkt. Die Richtigkeit der Unterschriften bestätige ich. Eine Durchschrift des Antrages wurde dem Antragsteller ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsvermittler/in





--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FD

Versicherungsnummer

**Generali Deutschland Krankenversicherung AG**  
**Hansaring 40–50**  
**50670 Köln**

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
 DE11ZZZ00000028677

## Mandatsreferenz

Die Mandats-Referenznummer teilt Ihnen die Generali Deutschland Krankenversicherung AG separat mit.

## Einzugsermächtigung

Einzelmandat für wiederkehrenden Einzug

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Generali Deutschland Krankenversicherung AG einzulösen.

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

## Kontoinhaber

Herr     Frau     Firma

--

Titel, Name, Vorname

--

Straße, Hausnummer

--	--	--

Land    Postleitzahl    Wohnort

## Bankverbindung

--

IBAN

--

Name des Kreditinstituts

--

BIC

## Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

--

Ort

--

Datum

<b>X</b>
----------

Unterschrift(en) Kontoinhaber

## Versicherungsnehmer/Antragsteller

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o. a. Kontoinhaber ist.

Herr     Frau

--

Titel, Name, Vorname

--

Straße, Hausnummer

--	--	--

Land    Postleitzahl    Wohnort

--

Geburtsdatum



# Beratungsprotokoll: Krankenversicherung

Vermittler: \_\_\_\_\_ Vers.-/Vorgangsnr.: \_\_\_\_\_

Gesprächsteilnehmer: \_\_\_\_\_ Termin-Ort: \_\_\_\_\_

## 1. Gesprächsanlass

\_\_\_\_\_

## 2. Persönliche Angaben (weitere Personendaten siehe Antrag vom \_\_\_\_\_ )

<b>Kunde/Interessent:</b>	<b>Kunde/Interessent (Lebenspartner):</b>
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebenspartner
Kinder/Alter: _____ / _____	Kinder/Alter: _____ / _____
Beruf/Status: _____ / _____	Beruf/Status: _____ / _____
<b>Steuerpflichtiges Einkommen:</b>	<b>Steuerpflichtiges Einkommen:</b>
Brutto: _____ Netto: _____	Brutto: _____ Netto: _____
Anzahl der Gehälter: _____	Anzahl der Gehälter: _____

## 3. Versicherungstechnischer Status

Folgende bereits bestehende Lösungen wurden bei der Empfehlung berücksichtigt:

<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung	Träger: _____
<input type="checkbox"/> Pflegepflichtversicherung	Träger: _____
<input type="checkbox"/> Private Krankenvollversicherung	KVU: _____
<input type="checkbox"/> Private Krankenzusatzversicherung	KVU: _____

## 4. Beratung/Information (Mehrfachnennungen möglich)

<b>Leistungsumfang:</b>	<b>Beiträge:</b>
<input type="checkbox"/> Vergleich des Lösungsvorschlages mit den Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Modalitäten der Beitragsrückerstattung
<input type="checkbox"/> Familienversicherung/Individualversicherung	<input type="checkbox"/> Zuschussfähigkeit durch den Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Wartezeiten <input type="checkbox"/> Allgemeine <input type="checkbox"/> Besondere	<input type="checkbox"/> Bürgerentlastungsgesetz
<input type="checkbox"/> Zahnstaffel <input type="checkbox"/> Anrechnung	<input type="checkbox"/> Beitragsentlastungsmöglichkeiten im Alter
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Standardtarif und Basistarif
	<input type="checkbox"/> Tarifwechselemöglichkeit gemäß § 204 VVG
	<input type="checkbox"/> Versorgung bei Verdienstausfall

## 5. Lösungsvorschlag

Der Abschluss folgender Tarife wird empfohlen:

Begründung: \_\_\_\_\_

## 6. Kündigung/Umstellung einer Vorversicherung

Über die Vor- und Nachteile der Kündigung/Umstellung einer bisher bestehenden privaten Krankenversicherung haben wir Sie informiert. Hierbei wurden Sie insbesondere auch darauf hingewiesen, dass durch den angeratenen Neuabschluss erneut Abschlusskosten entstehen.

## 7. Zusätzliche Angaben und Hinweise zum Beratungsgespräch

\_\_\_\_\_

## 8. Antrag/Anfrage (Details siehe Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_ )

Der oben angegebene Lösungsvorschlag wurde beantragt:  ja  nein

**Bei Abweichungen vom Lösungsvorschlag:**

Der Antrag weicht von dem Lösungsvorschlag des Vermittlers ab bzw. wird nicht gestellt aus folgenden Gründen: \_\_\_\_\_

## 9. Unterschriften

Ein Exemplar der Dokumentation wurde dem Kunden/Interessenten ausgehändigt.  ja

Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Schlichtungsstelle wurden ausgehändigt.  ja

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Vermittler

\_\_\_\_\_  
Kunde/Interessent

## Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Streitschlichtungsstelle

Mit der Aushändigung der Visitenkarte erhielten Sie die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen über den Vermittler. Sollte es Anlass zur Beschwerde geben, wenden Sie sich entweder an die

Generali Deutschland Krankenversicherung AG  
Hansaring 40–50  
50670 Köln

oder an die Schlichtungsstelle.

Hierzu noch einmal die Adressen der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des

Vereins Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

bzw. des

Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

### Ausfüllhilfe zu Anlässen und Begründungen

Die Felder „Gesprächsanlass“, „Lösungsvorschlag (Begründung)“ und „Antrag“ sind die haftungsrechtlich kritischen Punkte des Beratungsprotokolls. Diese können wie folgt befüllt werden:

#### I. Feld „Gesprächsanlass“

Der Gesetzgeber verlangt von jedem Vermittler eine anlassbezogene Beratung. In der Krankenversicherung lassen sich die Anlässe wie folgt unterteilen:

##### 1.1 Neugeschäft:

Allgemeine Anlässe:

- Personenbezogene Versorgungssituation (bei offenem Gesprächsausgang ohne Spartenfokussierung und Cross-Selling-Ansatz)
- Vergleich GKV/PKV
- Änderung der Sozialgesetzgebung
- Folgen aus dem Verlust der Arbeitskraft
- Darstellung der Versorgung im Krankheitsfall

Konkrete Anlässe:

- Heirat
- Scheidung/Trennung
- Geburt eines Kindes
- Eintritt in das Berufsleben
- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Status-/Berufswechsel

Die oben benannten Anlässe berücksichtigen nicht jede Kundensituation und sind somit nicht abschließend.

##### 1.2 Bestandsgeschäft:

Im Bestandsgeschäft reichen zur notwendigen Beratung in einem bestehenden Vertragsverhältnis grundsätzlich zwei Anlässe aus:

- Modifizierung des Beitrages
- Modifizierung der Leistungen

#### II. Feld „Lösungsvorschlag“ und „Begründung“

Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sieht in § 61 folgendes vor: „Der Versicherungsvermittler hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben.“

Der Lösungsvorschlag ist grundsätzlich in der exakten Tarifkombination und Höhe der Leistungen (Beispiel: konkretes Defizit/Lücke im Tagegeldbereich) zu benennen. Die Begründungen für eine empfohlene Lösung sind grundsätzlich individuell zu formulieren. Hierbei bestehen folgende Möglichkeiten:

#### 1. Subjektive Begründung:

Die **wortgetreue Wiedergabe der Ausführungen des Kunden** zu seinen geäußerten Wünschen und Bedürfnissen aus dem Gespräch. (Beispiel Neugeschäft: Herr xy sagt: „Ich benötige/brauche/wünsche im Krankheitsfall privatärztliche Behandlung aus folgendem Grund: ...“; Beispiel Bestandsgeschäft: „Frau xy sagt, ihr ist in ihrer jetzigen Situation die Beitragsersparnis sehr wichtig und ist demnach bereit, dafür auf Teile ihres vereinbarten Leistungsumfanges zu verzichten.“)

#### 2. Objektive Begründung

Die **Ermittlung der konkreten Defizitsituation** im Krankheitsfall (z. B. Herr xy fehlen gemäß seiner Einkommensangaben bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag ..... ? pro Monat).

Es können mehrere Begründungen eingetragen werden. Zu beachten ist hierbei: Die Begründung „Preis-/Leistungsverhältnis“ reicht nicht aus! Es ist die Präferenz des Kunden auszuformulieren, ob eine Gewichtung auf niedrigen Beiträgen oder einem konkreten Leistungsumfang besteht.

Grundsätzlich ist der Lösungsvorschlag stets gemäß der ursprünglichen Angaben des Kunden zu erstellen. Die Abwägung, ob ein Kunde bereit ist, den Beitrag hierfür zu bezahlen, erfolgt erst im Feld „Antrag“. (s. u.)

#### III. Feld „Antrag“ und „Begründung der Abweichung des Antrages vom Lösungsvorschlag“

Grundsätzlich ist das Feld „Antrag“ nur dann mit „ja“ anzukreuzen, wenn der Kunde den Lösungsvorschlag des Vermittlers **vollständig in der benannten Höhe** annimmt! Eine weitere Begründung ist dann nicht notwendig.

Eine Begründung bei Abweichung greift nur in dem Fall, in dem der Kunde den empfohlenen Lösungsvorschlag des Vermittlers nicht vollständig oder nur modifiziert annimmt und somit ein „nein“ angekreuzt werden muss. Hierbei ist exakt zu zitieren und zu formulieren (z. B. „Aus heutiger Sicht ist Herr xy die Beitragsersparnis wichtiger als die oben benannten Leistungen. Aus diesem Grund entscheidet er sich für die beantragte Tarifkombination“).

#### IV. Ankreuzfeld „Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie der Streitschlichtungsstelle wurden ausgehändigt“

Dieses Ankreuzfeld beinhaltet die Erfüllung aller gesetzlich vorgeschriebenen Informationspflichten (Visitenkartenmodell) beim Kunden. Sollte es trotzdem noch Anlass zur Beschwerde geben, kann man sich entweder an die Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40–50 in 50670 Köln oder an die Streitschlichtungsstelle wenden.

Hierzu noch einmal die Adresse der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des Vereins Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32 in 10006 Berlin bzw. des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de).

## Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

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

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### **2. Kündigung**

Für alle Verträge, die nicht der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dienen, gilt: Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu.

Unser Kündigungsrecht ist auch dann ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder weil Ihr Vertrag der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dient, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

### **Was ist für Sie sonst noch wichtig?**

#### **1. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

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

Es betreut Sie:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG

Hansaring 40-50

50670 Köln

Telefon +49 (0)221 1636-0

Telefax +49 (0)221 1636-200

[www.generali.de](http://www.generali.de)

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn  
Vorstand: Dr. Jochen Petin (Vors.),  
Katrín Gruber, Benedikt Kalteier, Dr. Mirko Tillmann  
Sitz: München, Amtsgericht München HRB257065  
UST-ID-Nr.: DE811233732  
Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.