

# Krankenversicherungsantrag

## Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung und Optionsversicherung *Mehr Optionen* \*

\* Option für den Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung oder einer Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Herr  Frau  Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

BD/Vers.-Nr.:

Staatsang.  ledig  verh.  gesch.  verw.

Straße, Hausnummer

private Telefon-Nr. mit Vorwahl \*)

dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl \*)

Postleitzahl  Wohnort

Mobil-Telefon-Nr. \*)

E-Mail-Adresse \*)

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

\*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Berufsstellung:  (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner

### Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname, auch Name falls abweichend von Antragsteller	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufs- stellung
1	Antragsteller oder <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

### Beantragte Ergänzungsversicherung - Beginn

Ambulant: **Mehr Gesundheit / Mehr Sehen** Optionsversicherung: **Mehr Optionen**  
 Stationär: **Mehr Komfort** Krankenhaustagegeld: **KH+**  
 Zahn: **Mehr Zahn / Mehr Zahnvorsorge** Krankentagegeld: **T42+, TM42+**

Bitte gewünschte Tarife bzw. Leistungsmerkmale auswählen:

Person 1	Person 2	Person 3
<input type="checkbox"/> Mehr Gesundheit Beitrag mtl. EUR <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.000 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Gesundheit Beitrag mtl. EUR <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.000 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Gesundheit Beitrag mtl. EUR <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.000 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Sehen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Sehen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Sehen <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Komfort <input type="checkbox"/> 1-Bett K <input type="checkbox"/> 2-Bett K <input type="text"/> oder <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort <input type="checkbox"/> 1-Bett K <input type="checkbox"/> 2-Bett K <input type="text"/> oder <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort <input type="checkbox"/> 1-Bett K <input type="checkbox"/> 2-Bett K <input type="text"/> oder <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Krankheit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Krankheit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Krankheit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Unfall <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Unfall <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Komfort Unfall <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Zahn <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahn <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahn <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge Bonus <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge Bonus <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge Bonus <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Zahnvorsorge <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehr Optionen (OPTION) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Optionen (OPTION) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehr Optionen (OPTION) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld (KH+) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld (KH+) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld (KH+) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krankentagegeld (T/TM 42+) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankentagegeld (T/TM 42+) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankentagegeld (T/TM 42+) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Beitrag gesamt <input type="text"/>	Beitrag gesamt <input type="text"/>	Beitrag gesamt <input type="text"/>

### Sonstige Versicherungen - Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen bei anderen Versicherern?

Für Pers.	nein	ja	Krankenkasse / Versicherer, Tarife, Höhe des Krankentagegeldes	a) besteht seit	b) bestand von - bis	Vers.-Pflicht	Kr.-Geld
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SEPA-Lastschriftmandat Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE38ZZZ0000227957

**Erklärung des Kontoinhabers:** Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN  Bankleitzahl  Konto-Nr. (max. 10 Stellen)  Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber:  Antragsteller oder:  folgende Person: Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:  Unterschrift des Kontoinhabers

**Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.**

**Wichtig: Beachten Sie hierzu die nachfolgende „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.**

**Gegenwart**

- Körpergröße und Körpergewicht:
- Bestehen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten bzw. Verletzungen?
- Besteht eine Fehlsichtigkeit?
- Besteht eine HIV-Infektion?
- Werden regelmäßig Arzneimittel eingenommen?
- Besteht eine anerkannte Behinderung? **Wenn ja, bitte Kopie des vollständigen Anerkennungsbescheides beifügen.**

Person 1	Person 2	Person 3
<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
<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
<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

**Vergangenheit**

- Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten stattgefunden, oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?
- Haben jemals Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?
- Würde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder angeraten?
- Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Beobachtungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium 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
<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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Zukunft**

- Sind Heilbehandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?

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

**Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen bzw. Option auf Zahnleistungen:**

- Erfolgt zur Zeit zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? **Bitte Heil- und Kostenplan – falls vorhanden – beifügen.**
- Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne 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
Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>

**Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.**

Zu Pers. Nr.	Zu Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Beschwerden, Unfallfolgen, Untersuchungsergebnisse, zu behandelnde Zähne	Operation	ambulante Behandlungen von - bis	stationäre Behandlungen von - bis	ausgeheilt ja, seit	nein	Anzahl der AU-Tage	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragenummer auf einem gesonderten Blatt (bitte auch unterschreiben) als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

**Zustimmungserklärung (Leistungseinschränkung bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen)**

Der Tarif **Mehr Zahn** ist versicherbar mit der Zustimmung zu folgender temporärer Leistungseinschränkung:  
 Auf Grund der fehlenden Zähne werden die für Zahnersatz vorgesehenen Tarifleistungen in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn wie folgt begrenzt:  
 Erstattungsfähig im tariflichen Rahmen sind Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von  
 - bei zwei fehlenden Zähnen: 250,00 EUR im 1. Kalenderjahr 500,00 EUR im 2. Kalenderjahr 750,00 EUR im 3. Kalenderjahr  
 - bei drei fehlenden Zähnen: 125,00 EUR im 1. Kalenderjahr 250,00 EUR im 2. Kalenderjahr 375,00 EUR im 3. Kalenderjahr.  
 Diese Einschränkungen gelten nicht für die Behandlung von Unfallfolgen, wenn der Unfall nach Zu-Stande-Kommen des Vertrages eintritt.

Dieser Leistungseinschränkung bei zwei bzw. drei fehlenden Zähnen für die zu versichernde(n) Person(en) stimme ich zu.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte nachfolgende „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussfolgerungen zum Inhalt dieses Antrages. Lesen Sie bitte zudem die nachfolgende gesamte „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie mitunterzeichnende zu versichernde Personen die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab.

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

Datum	Antragsteller	Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller	Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen. 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

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Unser Kündigungsrecht ist 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, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.

#### 4. 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.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre 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.

### 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 die Barmenia Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG 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. Assistenzgesellschaften, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach

§ 203 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Krankenversicherung AG selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (unter 4.).

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 Barmenia Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG 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.

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

##### 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen (z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs) ergeben.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Krankenversicherung AG von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich sowie die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

#### 2.2 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 Jahren nach Vertragsschluss für die Barmenia Krankenversicherung AG 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.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG – soweit es für die Leistungsfällprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Barmenia Krankenversicherung AG übermittelt werden.

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

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG

Die Barmenia Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Barmenia Krankenversicherung AG 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 die Barmenia Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Barmenia Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Barmenia Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.datenschutz.barmenia.de](http://www.datenschutz.barmenia.de) eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung AG, Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/438-2250, E-Mail: [info@barmenia.de](mailto:info@barmenia.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG 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 die Barmenia Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Krankenversicherung AG 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 die Barmenia Krankenversicherung AG 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.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

#### Anlage: Liste zu 3.2

##### Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen

- Barmenia Versicherungen a. G.
- Barmenia Krankenversicherung AG
- Barmenia Lebensversicherung a. G.
- Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)

HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Internat. SOS Emergency Services GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
Johanniter Unfall-Hilfe e.V.	Hilfe- u. Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
Medgate AG	Telemedizinische Beratung
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachterprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

### Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

#### Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

**Widerrufsrecht.** Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

**Zu-Stande-Kommen des Vertrages.** Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

**Versicherungsbedingungen.** Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

#### Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Krankenversicherung AG eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt. Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Krankenversicherung AG an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG von ihrer Schweigepflicht.

### HINWEISE

**Durchschrift des Antrages.** Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

**Weitergabe Datenschutzinformationen.** Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

**Aufsichtsbehörde.** Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

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

**Ombudsmann für private Krankenversicherungen.** Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:  
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

#### Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.