



Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

für folgende Gesellschaften:

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG
- ARAG Krankenversicherungs-AG
- AXA Krankenversicherung AG
- Barmenia Krankenversicherung AG
- Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
- Continentale Krankenversicherung a. G.
- DBV-Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung,
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG
- Gothaer Krankenversicherung AG
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- HanseMercur Krankenversicherung AG
- Inter Krankenversicherung AG
- Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
- R+V Krankenversicherung AG
- SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
- Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
- Union Krankenversicherung AG
- uniVersa Krankenversicherung a. G.
- Württembergische Krankenversicherung AG
- WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Antrag für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer berechtigen (je nach Versicherer) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung des jeweiligen Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 6, Abschnitt W dieses Antrages.

Vermittlernummer/ADNR
interne KZ / FD / VE

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

A Antragsteller (VN)

¹ bei BK/UKV, Continentale, Hanse-Merkur und R+V: Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag

*freiwillige Angaben

Herr Frau Divers Firma Titel
Vorname Nachname
Geburtsdatum Familienstand
Straße, Nr., PLZ, Wohnort¹
E-Mail* Telefon*

derzeit ausgeübte Tätigkeiten, Branche
 Arbeitnehmer Beamter Anspruch auf Heilfürsorge
 freiberuflich (§18 Abs. 1.1. EStG) oder selbstständig seit
Staatsangehörigkeit wohnhaft in DE seit

B Versicherer

Gesellschaft Neuantrag Änderung zu VNR Angaben zur Gesellschaft (siehe Seite 7 - 8)

C Zu versichernde Personen (VP)

³ Falls abweichend vom VN

² Dann bitte ab hier weiter befüllen.

**Studenten bitte Immatrikulationsbescheinigung einreichen.

Person 1 Antragsteller ist gleichzeitig zu versichernde Person²
 männlich weiblich divers Titel
Vorname Nachname
Geburtsdatum Familienstand
Straße, Nr., PLZ, Wohnort³
derzeit ausgeübte Tätigkeiten, Branche
 Arbeitnehmer Beamter Anspruch auf Heilfürsorge
 freiberuflich (§18 Abs. 1.1. EStG) oder selbstständig seit
Staatsangehörigkeit wohnhaft in DE seit

Person 2
 männlich weiblich divers Titel
Vorname Nachname
Geburtsdatum Familienstand
Straße, Nr., PLZ, Wohnort³
derzeit ausgeübte Tätigkeiten, Branche
 Arbeitnehmer Beamter Anspruch auf Heilfürsorge
 freiberuflich (§18 Abs. 1.1. EStG) oder selbstständig seit
Staatsangehörigkeit wohnhaft in DE seit

Soweit die versicherten Personen vom Antragsteller abweichen: Handelt es sich bei diesen Angehörigen des Antragstellers? (siehe hierzu und zur Definition Seite 7 / Abschnitt X.)

Person 1 ja nein

Person 2 ja nein

Name Firma, Anschrift/Arbeitgeber
Eintragung im Handelsregister nein ja, am
Gewerbeanmeldung/Zulassung nein ja, am
Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG, etc.? nein ja, Anteil in %
Wie viele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig? Anzahl
Beihilfeanspruch Bund seit ambulanz (%) stationär (%) Land
Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder:
Beantragung von Schüler Azubi Student** Beamtenantwärtar
Ausbildungstarifen Dauer der Ausbildung/ des Studiums** von bis
Nur für BK/UKV und SIGNAL IDUNA: Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?
 nein ja, Auslandsaufenthalt ja, Grenzgänger

Name Firma, Anschrift/Arbeitgeber
Eintragung im Handelsregister nein ja, am
Gewerbeanmeldung/Zulassung nein ja, am
Sind Sie geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, OHG, etc.? nein ja, Anteil in %
Wie viele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig? Anzahl
Beihilfeanspruch Bund seit ambulanz (%) stationär (%) Land
Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder:
Beantragung von Schüler Azubi Student** Beamtenantwärtar
Ausbildungstarifen Dauer der Ausbildung/ des Studiums** von bis
Nur für BK/UKV und SIGNAL IDUNA: Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?
 nein ja, Auslandsaufenthalt ja, Grenzgänger

D Gewünschte Tarife

Bis 31.12.2022 befristeter Zuschlag zur PPV zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrkosten

⁴ Bitte beachten Sie die Hinweise zum Würzburger SB Unfallschutz auf Seite 3, Abschnitt L

Person 1 - Tarife Tagessatz Beiträge	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Risikozuschlag (RZ)	€ <input type="text"/>
Gesetzlicher Zuschlag	€ <input type="text"/>
mtl. Gesamtbeitrag Krankenversicherung / Pflegepflichtversicherung	€ <input type="text"/>

Würzburger (SB-Unfallschutz): je 100; Euro SB x 7,66 Euro ergibt den Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer (19%)*	€ <input type="text"/>
Summe Selbstbeteiligung	€ <input type="text"/>
Beitrag	€ <input type="text"/>

Person 2 - Tarife Tagessatz Beiträge	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Risikozuschlag (RZ)	€ <input type="text"/>
Gesetzlicher Zuschlag	€ <input type="text"/>
mtl. Gesamtbeitrag Krankenversicherung / Pflegepflichtversicherung	€ <input type="text"/>

Würzburger (SB-Unfallschutz): je 100; Euro SB x 7,66 Euro ergibt den Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer (19%)*	€ <input type="text"/>
Summe Selbstbeteiligung	€ <input type="text"/>
Beitrag	€ <input type="text"/>

E Gesundheitsangaben für die Kranken- und Pflegeversicherung

Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers. Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten.

WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die gesonderte Erläuterung des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (auf Seite 6 / Abschnitt W; Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht). Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer in Abschnitt F genaue Angaben zu machen.

Bitte senden Sie dem Versicherer keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

	Person 1	Person 2
1. Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg (bei Allianz: erst ab 10 Jahren anzugeben)	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Beschwerden, chronische Leiden, Unfallfolgen, Einschränkungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (Allianz, ARAG, BK/UKV, Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA, Württembergische: auch Körperimplantate/Prothesen; bei Württembergische die letzten 5 Jahre; bei DKV Leistungen aus privater/sozialer Pflegeversicherung beantragt o. Antrag beabsichtigt; bei R+V auch Untersuchungen des Gehirns oder Nervensystems oder wegen einer Krebs- oder Tumorerkrankung die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Fanden in den letzten 3 Jahren oder finden zur Zeit ambulante Untersuchungen, Operationen, Beratungen, oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontroll- oder Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen bei Ärzten, bei Heilpraktikern oder bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Württembergische die letzten 5 Jahre; bei Allianz, DKV, HanseMerkur, R+V, SDK und und SIGNAL IDUNA für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen, Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus oder Sanatorium statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA/DBV Tarif ActiveMe 6 Jahre; bei Württembergische 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung, Untersuchung, Beratung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt, bzw. ist eine solche beabsichtigt? (bei AXA/DBV Tarif ActiveMe: die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK/UKV, HALLESCHER, Inter, Nürnberger, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn „ja“, wieviel Dioptrien (links/rechts)? (nicht erforderlich bei Allianz (bei KV-Vollversicherung), HanseMerkur, R+V und Württembergische)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>
7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur) (Allianz, AXA/DBV und BK/UKV: ambulant 3 Jahre; bei SDK die letzten 10 Jahre; bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL IDUNA ohne zeitliche Beschränkung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) bei DKV: Ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt o. beabsichtigt zu stellen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. a) Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit (bei HanseMerkur und Gothaer nicht zu beantworten; bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei Nürnberger, R+V, SIGNAL IDUNA, SDK, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre) b) Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel/Beruhigungsmittel verordnet, oder regelmäßig eingenommen? (bei ARAG und R+V die letzten 12 Monate, bei Württembergischer in den letzten 2 Jahren, bei AXA/DBV in den letzten 10 Jahren länger als 6 Wochen, bei HanseMerkur zeitlich unbegrenzt) Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose? c) Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen? (bei Allianz die letzten 5 Jahre, bei AXA/DBV, R+V, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur zeitlich unbegrenzt)	<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
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen? (bei R+V die letzten 10 Jahre; nur bei Allianz: Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11.1 Wie viele Zähne, außer Weisheitszähne und Lückenschluss, fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Inter, Münchener Verein und uniVersa) (AXA/DBV, HanseMerkur, Inter und SIGNAL IDUNA auch keine Milchzähne angeben) (bei R+V: nicht angelegte Zähne sind auch anzugeben) (bei Württembergische: durch Prothesen ersetzte Zähne sind auch als fehlend anzugeben)	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl
11.2 Fanden in den letzten 3 Jahren oder finden zur Zeit zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? Besteht eine Zahnbettterkrankung, Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- oder Knirscherschiene getragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, ARAG, BK/UKV, Continentale, Gothaer Tarif MediVita Z, HALLESCHER, Münchener Verein, Nürnberger, SIGNAL IDUNA, Inter und Württembergische); bei ARAG: nur durch Prothesen ersetzte Zähne/ herausnehmbarer Zahnersatz; bei BK/UKV und Inter: auch Inlays/Onlays, sowie herausnehmbarer Zahnersatz)	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl
11.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? Monat/Jahr? (zu beantworten bei BK/UKV, Continentale, Gothaer Tarif MediVita Z, Inter, Münchener Verein, Nürnberger, SIGNAL IDUNA) Sind hier mehrere Daten anzugeben, tragen Sie diese im Bereich „f“ ein.	MM JJJJ <input type="text"/>	MM JJJJ <input type="text"/>

F Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsangaben

Zu den unter Punkt E mit JA beantworteten Fragen. Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, Beiblatt: ja Anzahl

Pers. Nr.	Frage Nr.	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Grund und %-Satz der Behinderungen, Anomalien, Operationen (einschl. Versorgung mit Körperimplantaten oder Fremdmaterial), Medikamente und Dosierung	behandelt von - bis	amb. stat.	Arbeitsunfähig von - bis	Behandlungs- / Beschwerdefrei	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, usw.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="text"/>	<input type="text"/>

F (Fortsetzung)

Für Tarife mit Hausarztprinzip (Allianz, AXA/DBV, Barmenia, Gothaer, Inter und SIGNAL IDUNA) gilt: Dieser Arzt wird im weiteren Verlauf des Vertrages als Hausarzt in Anspruch genommen. Bei Änderungen des Hausarztes wird der Versicherer vom Antragsteller / Versicherungsnehmer in Kenntnis gesetzt.

Name, Bezeichnung / Fachrichtung und Adresse des Hausarztes

G Vorversicherung & weitere Krankenversicherungen

Bestehen oder bestanden in den vergangenen fünf Jahren Kranken-/Pflegepflichtversicherungen bzw. wurden solche in den letzten fünf Jahren beantragt oder sind zur Zeit weitere Anträge gestellt (bei DKV, Gothaer, Inter und Württembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre)? Abgelehnte und nicht zustande gekommene Anträge sind anzugeben!

Hinweis (gilt nur für ARAG, BK/UKV, Continentale, Gothaer, SIGNAL IDUNA und uniVersa): Die Versicherer weisen darauf hin, dass Sie als Antragsteller sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da die Angaben bei der Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung vom Vorversicherer und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben des Antragstellers oder der Versicherten benötigt werden. Hinsichtlich der Verifizierung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung mit dem Vorversicherer erforderlich sein.

Bei Beantragung BK/UKV, Continentale, HanseMercur und SIGNAL IDUNA: **Ich bin damit einverstanden, dass hinsichtlich meiner Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer gehalten werden kann und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.**

Pers.	GKV/ PKV	Versicherer bzw. Kasse	von - bis	Abgelehnt am	Gekündigt von	Vertrag ruhend gestellt	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Art der Zusatzversicherung (z.B. stationär, KT, KHT, Kurtagelgeld, Pflege)	Höhe Tagessatz / Karenzzeit
VN ⁴							<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
VP1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
VP2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

⁴ bitte Angabe zu Beitragsrückstand machen, wenn VN nicht identisch mit VP.

H Wartezeit-erlass

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, sofern nachstehend nichts anderes vereinbart wird.

Für die Wartezeiten beantrage ich die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der privaten Krankenversicherung. Den Vorversicherungsnachweis der Krankenversicherung reiche ich nach (bei SDK: Es bestehen keine Wartezeiten in der Krankheitskostenvollversicherung. Es wird nur die Anrechnung der Vorversicherung in der privaten/sozialen Pflegepflichtversicherung beantragt).

Durch eine ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung, deren Kosten ich trage, beantrage ich nur für die Krankenversicherung und soweit die Tarifbedingungen dies vorsehen, den bedingungsgemäßen Erlass der allgemeinen und ggf. der besonderen Wartezeiten. Dieser Antrag gilt als auf den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten gerichtet, wenn der Untersuchungsbefund auf einem Vordruck des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen (BK/UKV, Barmenia, HALLESCHER und SIGNAL IDUNA 21 Tage, Continentale, Gothaer und Inter 28 Tage, uniVersa 1 Monat) nach Antragstellung beim Versicherer eingegangen ist.

	Person 1	Person 2
<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

I Krankentagegeld & Einkommen

(Bei Selbstständigen, Freiberuflern und bei Absicherung Krankentagegeld immer zu beantworten.)

	Person 1	Person 2
Besteht ein Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Tage
Höhe des regelmäßigen, durchschnittlichen, monatlichen Einkommens der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit ohne Gewinnbeteiligung:	Brutto Netto	Brutto Netto

Das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten gesetzlichen Krankengeldern oder privaten Krankentagegeldern; bzw. Ansprüchen auf die Vorgenannten) übersteigt nicht 1/360 des nach dem gewünschten Tarif versicherbaren Nettoeinkommens der letzten 12 Monate, und die gewählte Karenzzeit ist nicht kürzer als die Dauer des Anspruchs aus der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

J Steuer-Identifikationsnummer

Im Rahmen des § 10 Abs. 2b EStG ist der Versicherer verpflichtet, den Finanzbehörden Ihre Vorsorgeaufwendungen für Krankenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung zu melden. Hierzu wird die Steuer-ID von Ihnen und ggf. mitversicherten Personen benötigt. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter Seite 6, Abschnitt U.

Antragsteller	Person 1	Person 2
Steuer-ID, (11-stellig)	Steuer-ID, (11-stellig)	Steuer-ID, (11-stellig)

K Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Bei Ehe-/eingetragenen Lebenspartnern: Ich beantrage die Beitragsbegrenzung in der Pflegeversicherung (Zusatzformular benötigt)

Bei Kindern: Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für

Das monatliche Gesamteinkommen (Definition Seite 7, Abschnitt X) des Kindes liegt nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (den aktuellen Grenzwert bitte erfragen (470 EUR in 2022)) und die auf Seite 7 in Abschnitt X aufgeführten Voraussetzungen sind erfüllt.

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

Folgender Elternteil ist in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert (nicht als Anwartschaft):

Name, Vorname pflegepflicht-versichert bei seit

Ein entsprechender Nachweis ist beigefügt.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachrichten.

L SB Unfallschutz

Durch den SB Unfallschutz der Würzburger kann eine Selbstbeteiligung bis zu max. 4.500 Euro in der Krankenversicherung bei einem Unfall abgesichert werden. Aufnahmefähig sind Personen bis zum 65. Lebensjahr. Der Tarifbeitrag ist ein Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer und gilt für eine Vertragslaufzeit von 1 Jahr. Das Vertragsverhältnis verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht Ihnen oder der Würzburger Versicherungs-AG drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

M Beratungs- dokumentation

- erstellt und ausgehändigt
 nicht erstellt, da Antragssteller durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Beratung bzw. auf deren Dokumentation verzichtet hat

N SEPA Last- schriftmandat für wieder- kehrende Zahlungen

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (vgl. Seite 7 – 8, Abschnitt Z), denen auch die jeweilige Gläubiger-ID entnommen werden kann), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich **weise ich** mein Kreditinstitut an, die von dem angegebenen Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschriftinzug spätestens fünf (bei BK/UKV: drei; Continentale, SIGNAL IDUNA und Würzburger: ein) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird. (Bei BK/UKV: Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.) Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen (sofern Kontoinhaber gleich Antragsteller). Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert mitgeteilt.

Zahlungsweise (bei Allianz und R+V nur monatliche Zahlungsweise möglich, bei Würzburger monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich nur jährliche Zahlungsweise möglich)

IBAN	<input type="text"/>	grau Felder nur für nicht deutsche IBAN erforderlich
BIC	<input type="text"/>	Geldinstitut <input type="text"/>
Zahlungsempfänger	<input type="text"/>	(die Gläubiger-ID entnehmen Sie bitte den Gesellschaftsangaben (Seite 7 – 8, Abschnitt Z)).
Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> Antragsteller oder <input type="checkbox"/> folgende Person: Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Straße / Hausnummer, PLZ und Ort	
	<input type="text"/>	

Sofern ich als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer bin, bestätige ich, dass ich die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz des beantragten Versicherers sowie der Fonds Finanz Maklerservice GmbH erhalten habe.

Ort	Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Kontoinhabers
-----	-------	--

O Empfangs- bestätigung

- Ich habe
- eine Kopie des Antrags,
 - die für den Vertragsinhalt maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen),
 - die Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; *bei der AXA/DBV und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und nur bei HanseMerkur: Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person*) und weitere Informationen gem. § 7 Abs. 1 und 2 VVG),
 - die Widerrufsbelehrung zu meiner beantragten Versicherung bei der ausgewählten Gesellschaft, siehe Seite 7, Abschnitt Y,
 - das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
 - die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
 - die Datenschutzhinweise (*Dokumententitel bei Allianz und AXA/DBV: Information zur Verwendung Ihrer Daten, BK/UKV und R+V: Merkblatt zur Datenverarbeitung, HALLESCHER: Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, uniVersa: Informationen zu den Betroffenenrechten*),
 - und die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

Die aktuelle Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers (vgl. Seite 7 – 8, Abschnitt Z). Zudem habe ich auch die Datenschutz-Informationen der Fonds Finanz Maklerservice GmbH erhalten (Zur Funktion der Fonds Finanz Maklerservice GmbH siehe Seite 6; Abschnitt S).

(Nur für HanseMerkur: Die Verbraucherinformation(en) mit Stand habe ich erhalten) (Nur für R+V: Die AVB mit Stand habe ich erhalten)

Den Empfang bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

Ort	Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Antragstellers (VN), der gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen
-----	-------	--

P Einwilligungen und Schweige- pflichtent- bindung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich habe die nachfolgenden, unter Abschnitt R (Seite 5) abgedruckten Erklärungen zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ein.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer;
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten;
 - 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - 2.2 Erklärung für den Fall des Todes;
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers;
 - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung;
 - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen);
 - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen;
 - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler;
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Zudem erteile ich meine datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und die Fonds Finanz Maklerservice GmbH (siehe Abschnitt S, auf Seite 6).

Ferner willige ich in die Einholung von Bonitätsauskünften durch den Versicherer, wie unter Abschnitt T (auf Seite 6) beschrieben, ein.

Ort	Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Antragstellers (VN)	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen
-----	-------	--	--

Q Hinweise und Abschluss des Antrages

Mit dem Antrag auf Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt. Die im Antrag gemachten Angaben und gestellten Fragen des jeweiligen Versicherers wurden nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, der aus den Seiten 1 bis 8 besteht, lesen Sie bitte die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ (Abschnitt W, Seite 6), die wichtigen Definitionen und Hinweise (Abschnitt X, Seite 7) und die Ihnen übermittelte Widerrufsbelehrung zu Ihrer beantragten Versicherung bei der ausgewählten Gesellschaft bzw. den Hinweis zum Zeitpunkt des Erhalts der Widerrufsbelehrung (Abschnitt Y, Seite 7). Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.

Ort	Datum	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Antragstellers (VN)	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen
-----	-------	--	--

Antragsvermittler (Vor- und Zuname in Blockschrift)	Unterschrift des Antragsvermittlers
---	-------------------------------------

R

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Die hier abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihre gewünschte(n) Versicherung(en) erheben und verwenden zu dürfen, benötigt Ihr gewählter bzw. Ihre gewählten Versicherer daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflege- bzw. der Unfallversicherung, je nachdem an welche(n) Versicherer sich Ihre Erklärung richtet, benötigt der jeweilige Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei dem beantragten Versicherungsunternehmen zu widerrufen. Diese weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Sofern Sie mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern beantragen, geben Sie Ihre nachfolgenden Erklärungen gegenüber jedem dieser Versicherer ab.

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

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.),
- wenn der Vertrag nicht zustande 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 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

(Folgendes gilt für Gothaer, Münchener Verein, SIGNAL IDUNA: Punkte 2.1 und 2.2 entfallen. Falls der Versicherer zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Antragsverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen muss, wird sich der Versicherer direkt an Sie wenden.)

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 der Versicherer 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.

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 strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(nur bei Beantragung Allianz, R+V und Württembergische sind unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2 möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag; bei ARAG, Continentale, DKV, Inter und HALLESCHER nur Möglichkeit II auswählbar)

Möglichkeit I: VP1 VP2 **Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfällprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsverbänden 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 den Versicherer übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II: VP1 VP2 **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 oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie in der Unfallversicherung für einen Zeitraum von fünf Jahren und in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung 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.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

(Folgendes gilt nicht für Allianz, Continentale, DKV und Gothaer) 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 bedarf der Versicherer einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(bei BK/UKV, HALLESCHER, Nürnberger und Württembergische ist nur die Möglichkeit I auswählbar; bei ARAG, AXA/DBV und Inter ist nur die Möglichkeit II auswählbar; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag)

Möglichkeit I: VP1 VP2 Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I)

Möglichkeit II: VP1 VP2 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. 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.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und 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 Risikoprüfung oder 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.

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

Der Versicherer führt 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 Unternehmensgruppe, der der Versicherer angehört oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet auf der Website des gewählten Versicherers eingesehen oder bei diesem (Kontaktdaten siehe Seite 7 – 8) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

(Folgendes gilt nicht für Allianz) Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer 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 Versicherer 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 Versicherer 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 Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer 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 Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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 zustande kommt

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

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

S **Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und die Fonds Finanz Maklerservice GmbH**

Der Vermittler arbeitet mit der Fonds Finanz Maklerservice GmbH, Riesstraße 25, 80992 München (kurz: „Fonds Finanz“), als Maklerpool zusammen. Fonds Finanz unterstützt Vermittler bei der Anbahnung, insbesondere der Einholung von Vergleichstarifen und -angeboten, der Begründung und der Durchführung (Vermittlung und Abwicklung) von Verträgen zwischen Versicherungsnehmern und Versicherern sowie bei der Kommunikation mit den Versicherern. Kommt aufgrund der Vermittlung des Vermittlers zwischen Ihnen und einem Versicherer ein Vertrag zustande, benötigt der Vermittler sowie die Fonds Finanz zu vorgenannten Zwecken von Versicherer Informationen zum Abschluss, Vertrag (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge, etc.) und Fortgang des Versicherungsverhältnisses (Kündigung, etc.). Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten.

T **Einwilligung in die Bonitätsauskunft**

(gilt für alle Versicherer (außer Würzburger); bei Allianz, ARAG, Barmenia, BK/UKV, Continentale, Gothaer, HALLESCHER, HanseMerkur, Inter, Nürnberger, uniVersa und Württembergische: nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien (z.B. Creditreform, Infoscore, SCHUFA) einholt und verarbeitet.

Welcher Versicherer welche Auskunftei nutzt, erfahren Sie bei den Gesellschaftsangaben auf der Seite 7 – 8. Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten mitteilen (Score-Verfahren) (gilt nicht für ARAG, R+V und uniVersa; bei HanseMerkur: auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten; bei HALLESCHER werden Anschriftendaten nicht zur Berechnung des Scores verwendet). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt (Bei BK/UKV, Continentale, HanseMerkur und R+V: Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag; Bei falschen Angaben wird sich die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrages vorbehalten).

U **Information zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2b EStG**

Sind die Beiträge für den gewünschten Versicherungsschutz nach dem Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) berücksichtigungsfähig, hat der Versicherer nach § 10 Abs. 2b Einkommensteuergesetz (EStG) die im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge an das Bundeszentralamt für Steuern unter Angabe der Vertrags- und Versichererdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)), zu übermitteln.

V **Widerspruchsrecht gegen Werbung oder Markt- und Meinungsforschung**

Der Versicherer speichert und nutzt Ihre Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit zum Zwecke der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung. Dieser Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

W **Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir als Ihr Versicherer (zur besseren Lesbarkeit im Nachfolgenden „Versicherer“ genannt) Ihren Antrag / Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten 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 dem jeweiligen Versicherer 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 den nachstehenden Informationen entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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 der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war. Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Vermittler, in dem vorstehend in Abschnitt 5 beschriebenen Umfang, der Fonds Finanz die von mir jetzt oder zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermitteln darf. Die Fonds Finanz darf die übermittelten Daten zu dem vorstehend in Abschnitt 5 beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit dem jeweiligen Versicherer verwenden.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass der Vermittler sowie die Fonds Finanz vom jeweiligen Versicherer die vorstehend in Abschnitt 5 genannten personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten erhalten und diese Daten jeweils zu den vorstehend in Abschnitt 5 beschriebenen Zwecken verarbeiten und nutzen dürfen.

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung Allianz: Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

Folgende Einwilligung gilt nur für AXA/DBV und HALLESCHER:

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung während der ersten fünf Jahre zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen sowie zur Überprüfung und Verbesserung der Annahmerichtlinien verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittle. Soweit erforderlich entbinde ich die für den jeweiligen Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn des Abschnittes R verwiesen.

Als Steuerpflichtiger gilt die versicherte Person. Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird für die Übermittlung zusätzlich die Steuer-ID und das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers benötigt. Sofern die Steuer-ID nicht eingetragen oder nicht zutreffend ist, hat der Versicherer nach § 22 a Abs. 2 EStG das Recht, die Steuer-ID auf elektronischen Wege beim Bundeszentralamt für Finanzen abzufragen.

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf das Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Dieses Recht auf Vertragsänderung steht dem Versicherer auch dann zu, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden Sie in der Mitteilung des Versicherers hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss. 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 der Rechte des Versicherers 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.

X Wichtige Definitionen und Hinweise

I. Definition Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter (auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)), Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb. Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Pauschbetrag. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherung.

II. Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- es besteht keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung;
- es liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vor;
- es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung;
- es wird keine hauptberufliche selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt;
- es wird kein Gesamteinkommen erzielt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatl. Bezugsgröße (2022: 470 Euro) übersteigt. (Aktuelle Grenzwerte bitte ggf. erfragen.)

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsbefreiung von Kindern:

- a) bis zur Vervollendung des 18. Lebensjahres
- b) bis zur Vervollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- c) bis zur Vervollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58 b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vervollendung des 25. Lebensjahres,
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 (1) des Neunten Buches - SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten: Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstabe a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI oder § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.

III. Aufgabe einer bestehenden Versicherung

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

IV. Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung und der nach den Grundsätzen der jeweiligen Gesellschaft versicherbaren Angehörigen:

(Folgender Hinweis gilt nicht für HanseMerkur und Signal Iduna)

Bitte beachten Sie, dass der Antrag durch die teilnehmenden Versicherer nur angenommen wird, sofern es sich bei der versicherten Person um einen versicherbaren Angehörigen nach nachstehender Definition und ggf. spezifischen Regelungen von Versicherern handelt und somit keine Versicherungssteuer anfällt. (Eine Annahme bei BK/UKV und AXA/DBV Angehörige nach Ziffer 1, 3, 10; Bei der ARAG, Münchener Verein, Nürnberger, R+V und Württembergische sind nur „dauerhafte“ Angehörige versicherbar, bei der Continentale nur „dauerhafte“ Angehörige außer Ziffer 8.)

Soz. „Dauerhafte“ Angehörige sind:

1. der Ehegatte oder Lebenspartner, auch nach der Scheidung,
2. Verwandte und Verschwägerter gerader Linie (z. B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßeltern, Urenkel) /*;
3. Kinder (auch Adoptivkinder und auch nach Erlöschen der Adoption)
4. Geschwister *;
5. Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel) *;
6. Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen) *;
7. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner (Schwägerinnen und Schwäger) /*;
8. sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner verwandte Personen, z. B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne und Stiefkinder (= Adoptiv-)Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners) **.

* auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist.

** auch dann, wenn die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht.

Soz. „nicht dauerhafte“ Angehörige sind

9. Verlobte,
10. Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
11. Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/Lebenspartners, der Ehegattin/Lebenspartnerin),***
12. Stiefeltern.

*** auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

Bitte beachten Sie:

Versicherungen, durch die Ansprüche von Personen begründet werden, die keine (nahen) Angehörigen sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Nach Vertragsschluss bedeutet das für Sie: Sie müssen den beantragten Versicherer umgehend informieren, sobald eine Angehörigeneigenschaft nicht mehr vorliegt. Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.

Y Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung vor Antragstellung

(Folgendes gilt für Barmenia, BK/UKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, Inter, Nürnberger, SDK, Signal Iduna, uniVersa und Württembergische)

Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie vor endgültiger Antragstellung in der jeweils aktuell gültigen Version des beantragten Versicherers.

Widerrufsbelehrung mit Zugang des Versicherungsscheins

(Folgendes gilt für Allianz, ARAG, AXA/DBV, Barmenia, Continentale, DKV, HanseMerkur, Münchener Verein, R+V und Würzburger)

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Z Gesellschaften

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München; E-Mail: krankenversicherung@allianz.de;
Vorstand: Nina Klingspor (Vors.), Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Dr. Jan Esser, Kaaan Günay, Dr. Thomas Wiesemann; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus-Peter Röhler; Gläubiger-ID: DE40ZZZ00000063851; Amtsgericht München, HRB 2212; USt-ID-Nr.: DE811239569
Datenschutz-Information: www.allianz.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München; Telefax: 089 / 41 24 95 25; E-Mail: service@arag.de;
Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Shiva Meyer, Dr. Roland Schäfer; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender; Gläubiger-ID: DE70ZZZ00000009476; Registergericht München, HRB 69751; USt-ID-Nr.: DE 811322452;
Datenschutz-Information: www.arag.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln; Telefax: 0221 / 14 84 19 14; E-Mail: service@axa.de;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher, Dr. Marc Daniel Zimmermann; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Gläubiger-ID: DE23ZZZ00000066097;
Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679;
Datenschutz-Information: www.axa.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: z. Zt. SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal; Telefax: 0202/4 38 2846; E-Mail: info@barmenia.de;
Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h.c. Josef Beutelmann; Gläubiger-ID: DE38ZZZ00002227957;
Amtsgericht Wuppertal, HRB 28475; USt-ID-Nr.: DE 121102508;
Datenschutz-Information: www.barmenia.de/de/datenschutz.xhtml
Nutzung Auskunftei: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)

Maximilianstraße 53, 81537 München;
Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl; Aufsichtsratsvorsitzende: Isabella Pfaller; HRB 111650; dienstleister.vkb.de; Gläubiger-ID: DE50BK000000156985;
Datenschutz-Information: www.vkb.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 919-2913; E-Mail: info@continentale.de;
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vors.), Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve; Aufsichtsratsvorsitzender: Rolf Bauer; Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000053646; Amtsgericht Dortmund, HRB 2271;
USt-ID-Nr.: DE 124906368; www.continentale.de/dienstleisterliste
Datenschutz-Information: www.continentale.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden; SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG; Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 3 63 65 65; E-Mail: info@dbv.de;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher, Dr. Marc Daniel Zimmermann; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Gläubiger-ID: DE23ZZZ00000066097; Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679;
Datenschutz-Information: www.dbv.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: z. Zt. SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Str. 300, 50933 Köln; weitere Postanschrift: Stresemannstr. 111, 10963 Berlin;
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vors.), Ursula Clara Deschka, Christoph Klawunn, Marcel Röttgen, Heiko Stüber; Aufsichtsratsvorsitzender: Silke Lautenschläger; Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000012130; Amtsgericht Köln, HRB 570;
Datenschutz-Information: www.dkv.com/downloads/Informationsblatt_zur_Datenverwendung_DKV.pdf
Nutzung Auskunftei: Infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden; SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln; Telefax: 0221 / 30 81 03; E-Mail: info@gothaer.de;
Vorstand: Dr. Sylvia Eichelberg (Vors.), Oliver Brüß, Dr. Matthias Bühring-Uhle, Harald Ingo Epplé, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg; Gläubiger-ID: DE52ZZZ00000070522; Amtsgericht Köln, HRB 35505; USt-ID-Nr.: DE122786611;
Datenschutz-Information: www.gothaer.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart; Telefax: 0711 / 6 60 33 33; E-Mail: service@hallesche.de; Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann; Gläubiger-ID: DE89ZZ00000031444; Amtsgericht Stuttgart, HRB 2686; USt-ID-Nr.: DE 147802285; www.hallesche.de/dienstleisterliste
Datenschutz-Information: www.hallesche.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg; Telefax: 040 / 41 19 32 57; E-Mail: info@hansemerkur.de; Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent; Gläubiger-ID: DE74ZZ00000066149 (Der Beitragseinzug erfolgt durch die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der HanseMerkur Krankenversicherung AG); Amtsgericht Hamburg, HRB 101967; USt-ID-Nr.: DE259608010
Datenschutz-Information: www.hansemerkur.de/datenschutz/information
Nutzung Auskunftei: SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Inter Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; Telefax: 0621 / 42 79 44; E-Mail: info@inter.de; Vorstand: Dr. Michael Solf (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael Schilling, Roberto Svenda; Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas; Gläubiger-ID: DE84ZZ00001899172; Amtsgericht Mannheim, HRB 723887; USt-ID-Nr.: DE 167724895
Datenschutz-Information: www.inter.de/datenschutz/
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Pettenkofer Straße 19, 80336 München; Telefax: 089 / 51 52 15 01; E-Mail: info@muenchener-verein.de; Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmüller; Aufsichtsratsvorsitzender: Franz Xaver Peteranderl; Gläubiger-ID: DE76ZZ00000035752; Amtsgericht München, HRB 764; USt-ID-Nr.: DE 129273592; www.muenchener-verein.de
Datenschutz-Information: www.muenchener-verein.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Nürnberger Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg; Telefax: 0911 / 5 31 32 06; E-Mail: info@nuernberger.de; Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb; Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger (Vors.); Gläubiger-ID: DE14ZZ00000057335; Amtsgericht Nürnberg, HRB 10668; USt-ID-Nr.: DE 81 14 61 880; Datenschutz-Information: www.nuernberger.de/kundeninformation/umgang-mit-kundendaten
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden; Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr. 12, 41460 Neuss

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 5 33 56 84; E-Mail: gesundheit@ruv.de; Vorstand: Claudia Andersch (Vors.); Nina Henschel, Dr. Matthias Ising, Ulrike Taube; Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger; Gläubiger-ID: DE150080000136566; Amtsgericht Wiesbaden, HRB 7094; USt-ID-Nr.: DE 114106943; Datenschutz-Information: www.bdsgruv.de
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 1 35 46 38; E-Mail: info@signal-iduna.de; Vorstand: Ulrich Leitermann (Vors.), Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierth, Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter; Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte; Gläubiger-ID: DE81ZZ00000103174; Amtsgericht Dortmund, HRB 2405; USt-ID-Nr.: DE 124906350; Dienstleisterliste: www.signal-iduna.de/dienstleisterliste
Datenschutz-Information: www.signal-iduna.de/datenschutzinfo
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, Credit-safe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstr. 30, 10317 Berlin

Süddeutsche Krankenversicherung a. G. (SDK)

Raiffeisenplatz 5 (ab Februar 2022: Raiffeisenplatz 11), 70736 Fellbach; Telefax: 0711 / 7372 7240; E-Mail: sdk@sdk.de; Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Ralf Oestereich, Benno Schmeing; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher; Gläubiger-ID: DE62SDK0000062000; Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, HRB 263277; USt-ID-Nr.: DE147802210; Datenschutz-Information: www.sdk.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Union Krankenversicherung AG (UKV)

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken; E-Mail: service@ukv.de; Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl; Aufsichtsratsvorsitzende: Isabella Pfaller; Gläubiger-ID: DE69UKV00000157419; Registergericht Saarbrücken, HRB 7184; USt-ID-Nr.: DE 138118055; dienstleister.vkb.de; Datenschutz-Information: www.vkb.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

uniVersa Krankenversicherung a. G.

Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg; Telefax: 0911 / 5307-0; E-Mail: info@uniVersa.de; Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler; Gläubiger-ID: DE16ZZ00000102598 (Der Beitragseinzug erfolgt durch die uniVersa Lebensversicherung a.G.; sie handelt im Namen und auf Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.); Registergericht: Nürnberg, HRB 540
Datenschutz-Information: www.universa.de/datenschutz
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart; E-Mail: kranken@wuerttembergische.de; Vorstand: Jacques Wasserfall (Vors.), Dr. Gerd Sautter; Aufsichtsratsvorsitzende: Marlies Wiest-Jetter; Gläubiger-ID: DE81ZZ00000052734; Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, HR B Nr. 19456
Datenschutz-Information: www.wuerttembergische.de/de/datenschutz/datenschutz.html
Nutzung Auskunftei: Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden und Schufa-Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg; Telefax: 0931 / 2 79 52 90; E-Mail: info@wuerzburger.com; Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Birgit Baenitz, Dirk Guß; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne; Gläubiger-ID: DE30ZZ00000030954; Amtsgericht Würzburg, HRB 3500; Datenschutz-Information: www.wuerzburger.com/datenschutz