Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name _____ Vorname _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie - innerhalb der abgefragten Zeiträume - auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen.

	1. Person		2. Person	
	Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg

1. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angeraten?

	1. Person		2. Person	
	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Bitte geben Sie die Dioptrien an.	L	R	L	R

2. Wurden Sie untersucht, behandelt oder beraten?

	1. Person		2. Person	
a. In den letzten 3 Jahren – **ambulant**?	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
b. In den letzten 5 Jahren – **stationär** (für **ActiveMe-U(A)** in den letzten 6 Jahren)?	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
c. In den letzten 5 Jahren – wegen psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (für **ActiveMe-U(A)** in den letzten 8 Jahren)?	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
d. Ist eine Untersuchung oder Behandlung angeraten oder beabsichtigt?	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein

3. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Arzneimittel für länger als 6 Wochen verordnet, eingenommen oder angewendet?
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

4. Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen Sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

5. Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Abhängigkeit von Arzneimitteln, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen?
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

6. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Behinderung, Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Dienstunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?
Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide beifügen.
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

7. Liegt eine HIV-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus?
☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und Optionstarife

8. Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind?
Bitte Anzahl angeben.
(Vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)

	1. Person	2. Person
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl		

8a. Befinden Sie sich zurzeit in einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen oder kieferorthopädischen Behandlung bzw. Beratung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (Wenn ja, bitte Kostenvoranschlag beifügen)
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

8b. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

Hinweis

Ist mindestens eine der Fragen 8, 8a, 8b mit „ja" beantwortet beachten Sie bitte die Persönliche Erklärung Zahnschäden**. Trifft eine der darin enthaltenen Besonderen Vereinbarungen auf den beantragten Tarif und die Beantwortung der Frage zu, ist die in diesem Antrag enthaltene Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen und das Einverständnis des Kunden einzuholen.**

Erläuterungen zu den mit „ja" beantworteten Fragen unter Angabe der Person/en und der Ziffer/n der Frage

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Antragsteller/von der Antragstellerin und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.

1. Person

zu Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Körperimplantate	behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr)	Behandlungsart amb.	Behandlungsart stat.	arbeitsunfähig ja	arbeitsunfähig nein	Durchgeführte, angeratene oder beabsichtigte Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen, (Angabe von Arzneimitteln)	Bestehen Folgen oder stehen Untersuchungsergebnisse aus? Wenn ja, welche?
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

2. Person

			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname

Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen

vers. Person	zu Frage	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Fachrichtung

Bemerkungen/ Vereinbarungen

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer“ oder „Versicherung“ bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per E-Mail an info@axa.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.
Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
– durch den Versicherer selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
– 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.

Ich willige ein, dass der Versicherer, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie 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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen.

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 Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigen des Vertrages einfordern.

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

Wir, der Versicherer, verpflichten 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. Wir benötigen 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)

Wir führen 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.