

# Antrag auf Krankenversicherung

## Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:

**Bitte in Blockschrift ausfüllen**

NL/VD	BD	AB	Verm.Nr.	Org.KZ	Motiv	<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> öD <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> AF	ZUW	Versicherungsnummer	SV-/VK-Nr.	<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
-------	----	----	----------	--------	-------	--	-----	---------------------	------------	--

Fremdschlüssel

**Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in**

Herr Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Frau

Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_ PLZ, Ort (1. Wohnsitz) \_\_\_\_\_

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Privatwirtschaft**  Arbeiter/-in  Angestellte/-r  Selbstständige/-r  Freiberufler  
 **Öffentlicher Dienst**  Beamter/Beamtin  Student/-in, Schüler/-in  Hausfrau/-mann  Sonstige

**AXA/DBV-Vorversicherung** Sind oder waren Sie/die zu versichernden Personen bereits bei AXA/DBV/DBV-Winterthur krankenversichert?  ja  nein Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Zu versichernde Personen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Name	Name _____ Geburtsname (sofern abweichend vom Namen) *	Name _____ Geburtsname (sofern abweichend vom Namen) *
Vorname/n	Vorname/n * (alle Vornamen) _____	Vorname/n * (alle Vornamen) _____
Geburtsdatum	Geburtsdatum _____ Geburtsort * _____ Staatsangehörigkeit _____	Geburtsdatum _____ Geburtsort * _____ Staatsangehörigkeit _____
ausgeübte berufliche Tätigkeit	ausgeübte berufliche Tätigkeit _____	ausgeübte berufliche Tätigkeit _____
Voraussichtliches Ausbildungsende	Voraussichtliches Ausbildungsende _____ Tag/Monat/Jahr _____	Voraussichtliches Ausbildungsende _____ Tag/Monat/Jahr _____
	<input type="checkbox"/> <b>Privatwirtschaft</b> <input type="checkbox"/> <b>Öffentlicher Dienst</b> <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Student/-in, Schüler/-in <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r: _____ – selbstständig seit _____ – Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter _____ – Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift _____	<input type="checkbox"/> <b>Privatwirtschaft</b> <input type="checkbox"/> <b>Öffentlicher Dienst</b> <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Student/-in, Schüler/-in <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r: _____ – selbstständig seit _____ – Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter _____ – Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift _____

<b>Nur anzugeben/zu beantworten, wenn der Tarif GEPV (Pflege-Bahr) beantragt wird</b>	Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) _____	Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) _____
	Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorversicherungen	Krankheitskostenvollversicherung in den letzten 12 Monaten	Krankheitskostenvollversicherung in den letzten 12 Monaten
	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge Name des Versicherers _____ Vertragsnummer _____ Beginn _____ Ende _____ Von wem wurde oder wird der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> <b>keine Krankenversicherung</b> Besteht ein Beitragsrückstand bei Ihrem Vorversicherer oder wurde Ihre Krankenversicherung vom Vorversicherer wegen Beitragsrückstand gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge Name des Versicherers _____ Vertragsnummer _____ Beginn _____ Ende _____ Von wem wurde oder wird der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> <b>keine Krankenversicherung</b> Besteht ein Beitragsrückstand bei Ihrem Vorversicherer oder wurde Ihre Krankenversicherung vom Vorversicherer wegen Beitragsrückstand gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weiterhin bestehende Versicherungen	Deutsche Pflegepflichtversicherung	Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz)	Tagegeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT)). Bitte Tagesgeldhöhe angeben.
	<input type="checkbox"/> Deutsche Pflegepflichtversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherer _____	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____	<input type="checkbox"/> Tagesgeldversicherungen (z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT)). Bitte Tagesgeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagesgeldhöhe _____ Versicherer _____



\* nur bei Beantragung des Tarifes GEPV (Pflege-Bahr) erforderlich

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in  Name  Vorname

**Versicherungsbeginn**

**Welche Tarife sollen versichert werden?**

**1. Person**

Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag

**1. Person Summe**  
\* Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)

Für die **Tariffreiheit** einschließlich **EL Bonus U**  
Bei Fehlsichtigkeit  5 EUR Festbetrag monatlich (zusätzlich)  
 Leistungsausschluss für Sehhilfen

**2. Person**

Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag

**2. Person Summe**  
\* Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)

**Gesamtbeitrag für alle Personen: (inkl. gesetzlichem Zuschlag)**

Bei Fehlsichtigkeit  5 EUR Festbetrag monatlich (zusätzlich)  
 Leistungsausschluss für Sehhilfen

**Auslandsreisekrankenversicherung Tarif ARJ**  
 ist gewünscht Jahresbeitrag:  EUR

**Hinweis zu Optionen**  
Gewünschter Zieltarif

**Für Krankentagegeldtarife bitte angeben**  
Höhe des **monatlichen** Bruttoeinkommens in EUR (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsrückseite)   
Anspruch auf Gehaltsfortzahlung  Ja,  Wochen  Nein

**gesundheits-service360°**  
**In der Krankheitskostenvollversicherung: Unterstützung zu Prävention und Motivation sowie medizinische Begleitung im Krankheitsfall**

**Information zum Beitragseinzug**  
 Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat (Bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)  
 Antragsteller ist Beitragszahler und bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgender Bankverbindung soll genutzt werden  
IBAN (oder Kontonummer)  BIC (oder Bankleitzahl)   
 Beitragszahler ist **nicht** Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte hier unterschreiben und anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)  
Beitragszahler (Name, Vorname)  Unterschrift Beitragszahler   
 monatlich (1. des Monats)  monatlich (15. des Monats)  1/4-jährlich  1/2-jährlich  jährlich

**Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung**  
(Auch für mitzuversichernde Kinder/Jugendliche zu beantworten)

1. Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert?  
von/bis  bei  von/bis  bei

2. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind und/oder eine Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommengrenze und zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung.  
 Kind  Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in  Kind  Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in  
Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt (s. a. Antragsrückseite)  
 unter 395 EUR  zwischen 395 und 450 EUR  über 450 EUR  unter 395 EUR  zwischen 395 und 450 EUR  über 450 EUR  
Geringfügige Beschäftigung?  ja  nein Geringfügige Beschäftigung?  ja  nein

2.1. Zumindest ein/e Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in ist seit dem 01.01.1995 durchgehend privat pflegepflichtversichert  
 ja  nein  ja  nein

2.2. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in / eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist.  
Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in  Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in   
von/bis  Versicherungsunternehmen  von/bis  Versicherungsunternehmen

(Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsrückseite Pflegepflichtversicherung/Fremdversicherungsnachweis – ist einzureichen)  
Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s. a. Antragsrückseite)  
 unter 395 EUR  zwischen 395 und 450 EUR  über 450 EUR  unter 395 EUR  zwischen 395 und 450 EUR  über 450 EUR  
Geringfügige Beschäftigung?  ja  nein Geringfügige Beschäftigung?  ja  nein



	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname	
<b>Angaben zum Hausarzt/ Hausärztin</b>	Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen.			
			<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
	Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin			
Ggf. bitte die Fachrichtung Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin angeben		<input type="checkbox"/> <b>Allgemeinmediziner</b> <input type="checkbox"/> <b>Internist</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b>		
Seit wann sind Sie dort Patient/in ?		Monat/Jahr		

**Angaben zum Gesundheitszustand** Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen.

**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
1. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille/Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig/angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl links/rechts an.	L <input type="text"/> R <input type="text"/>	L <input type="text"/> R <input type="text"/>
2. Bestehen Krankheiten (z. B. auch Augenerkrankungen), Behinderungen, Schwerbehinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen Sie Körperimplantate – auch wenn Sie derzeit nicht behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Finden oder fanden in den folgenden Zeiträumen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen – auch aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern oder aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen – durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt?		
<b>ambulant</b> – in den letzten <b>3</b> Jahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>stationär</b> – in den letzten <b>5</b> Jahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3a. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3b. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente – mindestens 10 Tage ununterbrochen – eingenommen bzw. angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Aspirin).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Dienstunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung der Behinderung/Schwerbehinderung und dem Grad der Behinderung/Schwerbehinderung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Liegt bei Ihnen eine HIV-/Aids-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nur für Tarife mit Zahnversicherungs- schutz und Optionstarife</b>	7. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? Bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, fehlende Weisheits-/Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl <input type="text"/>
	7a. Befinden Sie sich zur Zeit in einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (ggf. Kostenvoranschlag beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7b. Tragen Sie eine Aufbiss-/Knirscher-/Retentions-/Protrusionsschiene?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose/Parodontitis usw.), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Hinweis:** Ist mindestens eine der Fragen 7, 7a, 7b, 7c 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 Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen und das Einverständnis des Kunden einzuholen.

**Bemerkungen/  
Vereinbarungen**



Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
--	------	---------

**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.

zu Frage	Genauere Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/ Art der Beschwerden/Art der Behandlungen – ambulant oder stationär – in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren so- wie Art der Therapie (z. B. Gesprächs-/Ergo- therapie, Logopädie), Art des Körperimplan- tats/Fremdmaterials/Art und Anwendungs- zeit der Medikamente (dazu zählt auch die Anwendung von Salben, Tropfen, Spritzen)	behandelt von - bis	Arbeitsunfähig von - bis		Wie oft ist die Erkran- kung aufge- treten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungs- ergebnisse aus bzw. welcher Befund wurde erhoben/welche Folgen bestehen?
			amb. stat.	von - bis			
<b>1. Person</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>2. Person</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Angaben zu Ärzten/Zahn- ärzten und anderen Leistungs- erbringern im Gesundheitswesen	vers. Person	zu Frage	Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Fachrichtung

**Zustimmung zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer**

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der AXA Krankenversicherung an die Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

<b>Antragsteller/ Versicherungsnehmer</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Steuer-ID (11-stellig)</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>1. Person</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Steuer-ID (11-stellig)</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>2. Person</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Steuer-ID (11-stellig)</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>
---	--	--

Trotz Aufforderung wird die Steuer-ID-Nr. nicht angegeben und soll von der AXA Krankenversicherung ermittelt werden

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der 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. Assis-tancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und 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.

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.



## 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 Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen 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 Begünstigten 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.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.axa.de](http://www.axa.de) eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir 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 AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 von uns 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. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

**Ich entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem 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.

#### Ausgehändigte Unterlagen

- Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten:
- elektronisch     per Datenträger     in Papierform
- Ich wünsche die nochmalige Zustellung der Versicherungsbedingungen mit dem Versicherungsschein.

Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in mitzuversichernder Personen

#### Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen

Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.**

**Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.**

#### Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr)

Für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG unwiderruflich, die Zulage, und soweit eine solche noch nicht vergeben ist, die Zulagenummer zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden.

Zudem bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfülle. Diese sind:

1. Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.
  2. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.
  3. Ich beziehe zur Zeit keine Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI aus der Pflegeversicherung und habe solche auch noch nicht bezogen.
- Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Ruster-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagenummer abzufragen.

#### Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge FLEX

AXA verzichtet bei der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung – Tarif GEPV – auf die Wartezeiten gemäß §5 MB/GEPV. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsfragen zum Tarif Pflegevorsorge FLEX wahrheitsgemäß beantwortet wurden, eine positive Gesundheitsprüfung erfolgt und dem Abschluss des Tarifes FLEX nicht widersprochen wird.

Mir ist bekannt, dass nur unter diesen Voraussetzungen die Wartezeiten in der zeitgleich beantragten Pflegezusatzversicherung GEPV entfallen. Eine Bestätigung über den Entfall der Wartezeiten erhalte ich von AXA noch einmal mit dem Versicherungsschein.

#### Unterschriften

(gelten auch für die Angaben über Familienstand, Beihilfeanspruch, Ermächtigung/Erklärung bezogen auf den Tarif GEPV (Pflege-Bahr) und Einverständnis zum Umstellungsservice in der Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst)

Ort und Datum

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Unterschrift Antragsteller/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen (frühestens mit Alter 16)

und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen



**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

**Zahlungsempfänger**

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097  
Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

**Zahlungspflichtiger**

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  .  .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_





Antwort

AXA Konzern AG  
SEPA-Lastschriftmandat  
Postfach 92 01 13  
51151 Köln



# Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen

27931001 (01/14)

	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname																																																																																																																																								
<b>Familienstand</b>  <b>Fragen zum Beihilfeanspruch</b>	<b>1. Person</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr		<b>2. Person</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr																																																																																																																																								
	Beihilfestatus*) VP1		Beihilfestatus*) VP2																																																																																																																																								
	Beihilfevorschrift**) VP1		Beihilfevorschrift**) VP2																																																																																																																																								
<p>*) Beihilfestatus</p> <p>B = Beihilfeberechtigte/-r V = Versorgungsempfänger/-in E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in eingetragene/-r Lebenspartner/-in K = berücksichtigungsfähiges Kind H = (Freie) Heilfürsorge B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder B2-Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013 H2-Sa = Heilfürsorgeberechtigte/-r mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013 B3 = Beihilfeberechtigte/-r mit ehemals mind. 3 berücksichtigungsfähigen Kindern+Verbeamtung bis 31.12.2012</p> <p>Bei Baden-Württemberg <b>ab Verbeamtung 01.01.2013:</b> B13 = Beihilfeberechtigte/-r E13 = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in oder eingetragene/-r Lebenspartner/-in V13 = Versorgungsempfänger/-in H13 = Heilfürsorgeberechtigte/-r</p> <p>AZ = Angestellte/-r mit Zuschuss AZ2 = Ang. mit Zuschuss/2 Kinder A = Angestellte/-r ohne Zuschuss A2 = Angestellte/-r ohne Zuschuss/2 Kinder EAZ = Ehegatte einer/-s Angestellten mit Zuschuss EA = Ehegatte einer/-s Angestellten ohne Zuschuss KAZ = Kind einer/-s Angestellten mit Zuschuss KA = Kind einer/-s Angestellten ohne Zuschuss</p>		<p>**) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?</p>																																																																																																																																									
<b>Auslandseinsatz/ Tätigkeit im Ausland</b>	Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)		Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)																																																																																																																																								
	Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen		Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen																																																																																																																																								
	Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt?		Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt?																																																																																																																																								
	Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen?		Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen?																																																																																																																																								
<b>Umstellungs-service</b> <b>Tarifgruppe B und Vision B</b>		Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilfesrechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungs-service können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden.																																																																																																																																									
<b>Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-N bzw. Vision B-U, BN3 bzw. BN3/1-N bzw. BN3/1-U, BN3/2-N bzw. BN3/2-U, BN4, BN4-N</b>	Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person		Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person																																																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen		<input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen																																																																																																																																								
	<b>Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat und nicht beabsichtigt, in Zukunft zu rauchen.</b> Als Raucher/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17% des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20% für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.		<b>Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat und nicht beabsichtigt, in Zukunft zu rauchen.</b> Als Raucher/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17% des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20% für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.																																																																																																																																								
	Werde ich nach Vertragsabschluss Raucher/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.		Werde ich nach Vertragsabschluss Raucher/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.																																																																																																																																								
Für meine <b>Sehhilfe</b> bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in		Für meine <b>Sehhilfe</b> bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in																																																																																																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</td> <td>00 7,00 EUR</td> <td>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</td> <td>50 2,00 EUR</td> <td>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</td> <td>30 2,80 EUR</td> <td>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</td> <td>35 2,60 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50T, 50-NT, 50T-U 3,50 EUR</td> <td></td> <td>30 2,80 EUR</td> <td></td> <td>35 2,60 EUR</td> <td></td> <td>40 2,40 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30 2,10 EUR</td> <td></td> <td>20 2,80 EUR</td> <td></td> <td>40 2,40 EUR</td> <td></td> <td>45 2,20 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20 1,40 EUR</td> <td></td> <td>15 3,40 EUR</td> <td></td> <td>45 2,20 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15 1,05 EUR</td> <td></td> <td>20 2,80 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20 1,40 EUR</td> <td></td> <td>25 3,00 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>25 1,75 EUR</td> <td></td> <td>25 3,00 EUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>25 1,75 EUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	00 7,00 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	50 2,00 EUR	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	30 2,80 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	35 2,60 EUR		50T, 50-NT, 50T-U 3,50 EUR		30 2,80 EUR		35 2,60 EUR		40 2,40 EUR		30 2,10 EUR		20 2,80 EUR		40 2,40 EUR		45 2,20 EUR		20 1,40 EUR		15 3,40 EUR		45 2,20 EUR		50 2,00 EUR		15 1,05 EUR		20 2,80 EUR		50 2,00 EUR		50 2,00 EUR		20 1,40 EUR		25 3,00 EUR		50 2,00 EUR				25 1,75 EUR		25 3,00 EUR						25 1,75 EUR							<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> <th>Tarif</th> <th>Erstattungssatz/Tarifergänzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</td> <td>30 15 2,10 EUR</td> <td>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</td> <td>35 2,45 EUR</td> <td>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</td> <td>35 2,60 EUR</td> <td>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</td> <td>40 2,40 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35 2,45 EUR</td> <td></td> <td>40 2,80 EUR</td> <td></td> <td>40 2,40 EUR</td> <td></td> <td>45 2,20 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>40 2,80 EUR</td> <td></td> <td>45 30 3,15 EUR</td> <td></td> <td>45 2,20 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>45 30 3,15 EUR</td> <td></td> <td>45 3,15 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> <td></td> <td>50 2,00 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>45 3,15 EUR</td> <td></td> <td>50 35 3,50 EUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>50 35 3,50 EUR</td> <td></td> <td>50 3,50 EUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>50 3,50 EUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	30 15 2,10 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	35 2,45 EUR	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	35 2,60 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	40 2,40 EUR		35 2,45 EUR		40 2,80 EUR		40 2,40 EUR		45 2,20 EUR		40 2,80 EUR		45 30 3,15 EUR		45 2,20 EUR		50 2,00 EUR		45 30 3,15 EUR		45 3,15 EUR		50 2,00 EUR		50 2,00 EUR		45 3,15 EUR		50 35 3,50 EUR						50 35 3,50 EUR		50 3,50 EUR						50 3,50 EUR						
Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen																																																																																																																																				
Vision B, Vision B-N, Vision B-U	00 7,00 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	50 2,00 EUR	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	30 2,80 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	35 2,60 EUR																																																																																																																																				
	50T, 50-NT, 50T-U 3,50 EUR		30 2,80 EUR		35 2,60 EUR		40 2,40 EUR																																																																																																																																				
	30 2,10 EUR		20 2,80 EUR		40 2,40 EUR		45 2,20 EUR																																																																																																																																				
	20 1,40 EUR		15 3,40 EUR		45 2,20 EUR		50 2,00 EUR																																																																																																																																				
	15 1,05 EUR		20 2,80 EUR		50 2,00 EUR		50 2,00 EUR																																																																																																																																				
	20 1,40 EUR		25 3,00 EUR		50 2,00 EUR																																																																																																																																						
	25 1,75 EUR		25 3,00 EUR																																																																																																																																								
	25 1,75 EUR																																																																																																																																										
Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen	Tarif	Erstattungssatz/Tarifergänzungen																																																																																																																																				
Vision B, Vision B-N, Vision B-U	30 15 2,10 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	35 2,45 EUR	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	35 2,60 EUR	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	40 2,40 EUR																																																																																																																																				
	35 2,45 EUR		40 2,80 EUR		40 2,40 EUR		45 2,20 EUR																																																																																																																																				
	40 2,80 EUR		45 30 3,15 EUR		45 2,20 EUR		50 2,00 EUR																																																																																																																																				
	45 30 3,15 EUR		45 3,15 EUR		50 2,00 EUR		50 2,00 EUR																																																																																																																																				
	45 3,15 EUR		50 35 3,50 EUR																																																																																																																																								
	50 35 3,50 EUR		50 3,50 EUR																																																																																																																																								
	50 3,50 EUR																																																																																																																																										
(Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 2,80 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 2,00.)		(Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 2,80 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 2,00.)																																																																																																																																									
<b>Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.</b>		<b>Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.</b>																																																																																																																																									
<b>Unterschriften</b>	Ort und Datum		Ort und Datum																																																																																																																																								
	Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr		Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr																																																																																																																																								



## Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Bei Beantragung einer Verdienstausfall-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch das versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

## Bestätigung zum Einkommen

Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern

- für Arbeiter/-innen/Angestellte:  
Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegepflichtversicherung (Krankheitskostenvollversicherung)  
Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld (Zusatzversicherung)
- Selbstständige/Freiberufler einschließlich selbstständige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen:  
80 % des Gewinns vor Steuern (Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten [wie z. B. Löhne, Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Kapitalerträge] etc. können nicht berücksichtigt werden).

## Gesamteinkommen/Einkommengrenze Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 EStG. Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammengerechnet (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten usw.). Als Einkommengrenze gilt hier 450 Euro/Monat, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten 395 Euro/Monat (Stand 01.2014).

Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge **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-Freibetrag. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig.

Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterchaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner auf 150 % des PPV-Beitrags bzw. die Beitragsfreiheit für Kinder kann nur dann gewährt werden, wenn das Gesamteinkommen eines Ehe-/Lebenspartners/des Kindes die Einkommengrenze (s.o.) nicht überschreitet. Als Lebenspartnerschaft bezeichnet man in Deutschland die gesetzlich geregelte und durch Eintragung bei einer staatlichen Stelle begründete Form des Zusammenlebens eines Paares, und die nur gleichgeschlechtlichen Paaren eine rechtliche Absicherung ihrer Beziehung ermöglicht.

## Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung

### Fremdversicherungsnachweis für allein versicherte Kinder und/oder allein versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist ein Kind oder ein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner allein bei AXA bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG pflegepflichtversichert, ist eine Versicherungsbescheinigung für das bei einer anderen privaten Versicherung pflegepflichtversicherte Elternteil bzw. den/die Ehegatten/-in/eingetragene/n Lebenspartner/-in vorzulegen. Aus dieser Bescheinigung muss der Versicherungsbeginn und das Fortbestehen der dortigen Pflegepflichtversicherung hervorgehen. Eine bestehende Anwartschaftsversicherung kann nicht berücksichtigt werden. Als Versicherungsnachweis ist eine Kopie des Versicherungsscheines o. ä. nicht ausreichend.

### Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Eine Voraussetzung zur Erlangung der Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner ist das ununterbrochene Bestehen einer privaten Pflegepflichtversicherung seit dem 01. 01. 1995 für mindestens einen der beiden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner.

## Sondervertrag

Sofern auf Seite 1 des Antrages eine Sondervertragsnummer (SVNR) eingetragen wurde, handelt es sich bei diesem Antrag um eine Anmeldung zum entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag bzw. einen Antrag zum Empfehlungsvertrag für eine private Krankenversicherung. Die Sonderkonditionen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus oder wird der entsprechende Sondervertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht den Krankenversicherungsvertrag zu normalen Konditionen fortzuführen.

## Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Telefax: 0221 – 148 41914, E-Mail: info@dbv.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Hinweis zur Werbung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen.

Der Widerspruch ist zu richten an: DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Telefax: (02 21) 148-4 19 14, E-Mail: info@dbv.de



## Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht.

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftsei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA)
2. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftsei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

## Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den/die Kontoinhaber/-in, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die Bankverbindung mit.

### DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65172 Wiesbaden  
Internet: [www.DBV.de](http://www.DBV.de)

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012  
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsteuernr. 9116/810/03020

Sitz der Zweigniederlassung: Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser

Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;

Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent, Wolfgang Hanssmann,  
Jens Hasselbacher, Dr. Heinz-Jürgen Schwering

**24-Stunden-Kundenservice: 02 21 - 148 - 4 11 36**



# Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

## 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 Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der 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.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

### 2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 1 Satz 3 erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

### 3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Leistungsausschluss enthalten, erlischt für die ausgeschlossenen Umstände rückwirkend der Versicherungsschutz

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

## Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

## Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



**Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen:**

- AXA Assistance Deutschland GmbH
- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Life Europe Ltd. Niederlassung Deutschland
- AXA Schaden Experten GmbH
- AXA Versicherung AG
- DBV Deutsche Beamtenversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- INREKA GmbH
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Lucramount AG
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
- win Health Consulting GmbH

**Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrages (Einzelbenennung):**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Group Solutions SA Zweigniederlassung Köln	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	nein
	AXA Logistic Services GmbH	Postbearbeitung, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Technology Services Germany GmbH	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Customer Care Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH Auto und Reise Assistance	Telefonischer Kundendienst	nein
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
AXA Krankenversicherung AG	Medx	Leistungsbearbeitung	ja
	ViaMed	Leistungsprüfung	ja
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	Medical Contact AG	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
AXA Lebensversicherung AG	AXA Bank	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	April Deutschland AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
AXA Versicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	April Deutschland AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
DBV Deutsche Beamtenversicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung	zum Teil <sup>1</sup>
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil <sup>1</sup>
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen	ja
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug	ja
	Inkassounternehmen	Realisierung titulierter Forderungen	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja

<sup>1</sup> mit separater Einwilligung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.AXA.de/Datenschutz](http://www.AXA.de/Datenschutz) einsehbar.

