Netfonds AG

COVAGO

Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

Allianz

ARAG

AXA

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Die Continentale

DBV

DKV

Gothaer

Hallesche
ALH Gruppe

HanseMerkur

inter
VERSICHERUNGSGRUPPE

NÜRNBERGER
VERSICHERUNG

ottonova

R+V

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

SIGNAL IDUNA

UKV

universa

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

COVAGO

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 6.

01 Antragssteller (VN)

*Hauptwohnsitz oder Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag

**freiwillige Angabe (gilt nicht für E-Mail bei ottonova)

◯ Herr ◯ Frau ◯ Divers Geburtsdatum ◯ Änderungsantrag Vers.-Nummer

Name, Vorname | Familienstand

Straße, Nr., PLZ, Wohnort*

E-Mail** | Telefon mobil** | Telefon privat**

Tätigkeitsstatus ◯ angestellt ◯ Beamter ◯ Beamtenanwärter ◯ Pauschale Beihilfe ◯ Bund ◯ Land Beihilfesatz amb. stat. Regelleistung stat. Wahlleistung

◯ freiberuflich oder selbstständig seit | Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Angestellten

Berufliche Tätigkeit(en) / Branche (zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns)

Name und Anschrift der Firma / ggf. Homepage

Nachstehende Angaben sind NICHT erforderlich bei folgenden Gesellschaften: Allianz, Barmenia, Hallesche und Universa.

Staatsangehörigkeit ◯ deutsch ◯ andere | In Deutschland seit | Aufenthaltstitel

Ist in den nächsten 18 Monaten ein Auslandsaufenthalt für mehr als 6 Monate geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor? (nur SIGNAL IDUNA) ◯ ja, für VN ◯ ja, für VP

02 Zu versichernde Person (VP)

Handelt es sich bei folgenden Personen (wenn VP nicht VN) um, nach den Grundsätzen der beantragten Gesellschaft, versicherbare (nahe) Angehörige des Antragsstellers? (Definition und Voraussetzungen s. S. 6)

1. Person (Anschrift VP=Anschrift VN) ◯ ja ◯ nein

Name, Vorname

◯ Herr ◯ Frau ◯ Divers Geburtsdatum

◯ angestellt ◯ selbstständig ◯ in Ausbildung ◯ nicht berufstätig

Berufliche Tätigkeit(en) / Branche

◯ Beamter ◯ Beamtenanwärter ◯ Pauschale Beihilfe ◯ Bund ◯ Land

Beihilfesatz amb. stat. Regelleistung stat. Wahlleistung

von bis

Nachstehende Angaben sind NICHT erforderlich bei folgenden Gesellschaften: Allianz, Barmenia, Hallesche und Universa.

Staatsangehörigkeit ◯ deutsch ◯ andere

In D seit | Aufenthaltstitel

2. Person (Anschrift VP=Anschrift VN) ◯ ja ◯ nein

Name, Vorname

◯ Herr ◯ Frau ◯ Divers Geburtsdatum

◯ angestellt ◯ selbstständig ◯ in Ausbildung ◯ nicht berufstätig

Berufliche Tätigkeit(en) / Branche

◯ Beamter ◯ Beamtenanwärter ◯ Pauschale Beihilfe ◯ Bund ◯ Land

Beihilfesatz amb. stat. Regelleistung stat. Wahlleistung

von bis

Staatsangehörigkeit ◯ deutsch ◯ andere

In D seit | Aufenthaltstitel

03 Versicherer

(Angaben zur Gesellschaft s. S. 7)

Gesellschaft

Versicherungsbeginn

Gesellschaft

Versicherungsbeginn

04 Tarife / Beiträge

alle Angaben sind in €

Hinweis:
PVN/PVB enthält einen bis zum 31.12.22 befristeten Coronazuschlag i.H.v. mtl.€ 3,40/ € 7,30.

Tarifbezeichnung	Tarifbeitrag

Risikozuschlag

gesetzlicher Zuschlag

◯ DentOptimal (Würzburger)

1. Person Gesamtbeitrag monatlich KV/PV

Tarifbezeichnung	Tarifbeitrag

Risikozuschlag

gesetzlicher Zuschlag

◯ DentOptimal (Würzburger)

2. Person Gesamtbeitrag monatlich KV/PV

05 Krankentagegeld / Einkommen

Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte der letzten 12 Monate aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / Bruttoeinkommen [bei AXA, HanseMerkur, ottonova, R+V und SDK] / Gewinn nach Steuern bei Selbstständigen / vor Steuern [bei AXA, HanseMerkur, R+V]) € €

Anspruch auf Gehaltsfortzahlung? ◯ nein ◯ ja Tage ◯ nein ◯ ja Tage

Formular zurücksetzen

Stand Jan. 2022

Dieser Antrag für Kranken- und Pflegeversicherung kann vom Vermittler nur über die Netfonds AG oder eine direkte Anbindung, die über die Netfonds AG eingerichtet wurde, eingereicht werden.

Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

COVAGO

Die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten und freigegebenen Gesundheitsfragen (hierbei handelt es sich nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers) sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten, auch wenn Sie eventuell vorliegenden Beschwerden oder gesundheitl. Beeinträchtigungen keine Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertragl. Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertragl. Anzeigepflicht gemäß Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 6.

Die Versicherungsgesellschaften weisen darauf hin, dass sie 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 den Versicherungsgesellschaften keine Ergebnisse oder Daten genet. Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

06 Angaben zum Gesundheitszustand

		1. Person	2. Person
	Körpergröße und Körpergewicht	cm kg	cm kg
1	Besteht eine Fehlsichtigkeit? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur; Dioptrien-Angaben bei Allianz, Barmenia und R+V nicht notwendig)	◯ nein ◯ ja Dioptrien li. re.	◯ nein ◯ ja Dioptrien li. re.
2	Wurden oder werden Sie untersucht, behandelt, beraten oder operiert?		
	a In den letzten 3 Jahren – **ambulant?** *Ärzte, Therapeuten oder Angehörige anderer Heilberufe (ambulante Operationen 5 Jahre)*	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	b In den letzten 5 Jahren – **stationär?** *im Krankenhaus, Sanatorium, in einer Kur-/Rehaklinik und/oder einer Heilstätte* (bei AXAActiveMe 6 Jahre)	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	c In den letzten 3 Jahren - **zahnärztlich, kieferchirurgisch oder kieferorthopädisch?**	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	d In den letzten 5 Jahren - aufgrund psychischer, psychosomatischer oder Sucht-Erkrankungen? (HanseMerkur [gilt auch für Untersuchungen des Gehirn/Nervensystems und gilt nicht für Sucht-Erkrankungen], bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre, bei ARAG, Barmenia, BK, Hallesche, NÜRNBERGER, INTER, SDK, R+V [gilt auch für Untersuchungen des Gehirn/Nervensystems], SIGNAL IDUNA, UKV, ottonova und uniVersa die letzten 10 Jahre)	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	e Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen Beschwerden, Anomalien, Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) und/ oder Prothesen - auch wenn sie nicht behandelt wurden bzw. werden?	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	f Ist eine Untersuchung, Behandlung, Beratung oder Operation bezogen auf **2** a-e angeraten oder beabsichtigt?	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
3	a Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit? (gilt nicht für Gothaer und HanseMerkur / Allianz die letzten 5 J. / AXA/DBV, Barmenia und ottonova o. zeitl. Begrenzung / NÜRNBERGER, R+V und Universa die letzten 10 J.)	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
	b Wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen (bei HanseMerkur auch annähernd täglich Alkohol) eingenommen? (bei AXA, DBV 10 J. für länger als 6 Wochen / bei R+V, SDK 10 J. / bei HanseMerkur ohne zeitliche Begrenzung)	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
4	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
5	Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung und/oder eine Erwerbs-/Berufsunfähigkeit, anerkannte Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder wurde diese beantragt oder ist eine Beantragung beabsichtigt?	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
6	Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen oder Operationen aufgrund unerfüllten Kinderwunsches stattgefunden?	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja
7	a Fehlen Zähne und sind nicht ersetzt? (Weisheitszähne und vollständiger Lückenschluss gelten nicht als fehlende Zähne)	◯ nein ◯ ja fehlende	◯ nein ◯ ja fehlende
	b Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (bei INTER: auch Inlays und Onlays / bei ARAG nur durch Prothesen ersetzte Zähne [herausn. Zahnersatz] angeben)	ersetzte überkronte	ersetzte überkronte
	c Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? (zu beantworten bei Allianz, ARAG, BK, Continentale, Gothaer (MediVita Z), INTER, NÜRNBERGER, SIGNAL IDUNA, UKV)	Monat/Jahr Monat/Jahr	Monat/Jahr Monat/Jahr
	d Besteht oder bestand eine Parodontose oder Zahn/Kieferfehlstellung? (bei SIGNAL IDUNA und HanseMerkur die letzten 3 J.)	◯ nein ◯ ja	◯ nein ◯ ja

07 Angaben zu den mit »ja« beantworteten Gesundheitsfragen 1 – 7

Wenn eine der Fragen 1 – 7 mit **»ja«** beantwortet wurde, sind nachstehend **ausführliche** Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem besonderen Blatt vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Pers. Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja /nein, ausgeheilt / beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, Heilpraktiker, Therapeut usw.)

08 Zuschläge / Leistungsausschluss

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) und/oder Leistungsausschluss (LA) bin ich einverstanden

Risiko-Vorgangs-Nr.

RZ für Pers.	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ in €	RZ wegen Diagnose
◯ 1 ◯ 2				
◯ 1 ◯ 2				

LA für Pers.	LA wegen Diagnose
◯ 1 ◯ 2	
◯ 1 ◯ 2	

09 Angaben zur Pflegepflichtversicherung

***Bezugsgröße 2022: 3.290 €

Bei Ehe-/Lebenspartner (nach LPartG) ◯ Ich beantrage die Beitragsbegrenzung in der Pflegeversicherung

Bei Kindern ◯ Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für ◯ Person 1 / ◯ Person 2

Für mindestens ein Elternteil besteht eine aktive private Pflegepflichtversicherung

Name, Vorname bei seit

Gleichzeitig wird bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen (Definition s. S. 6) der beantragten ◯ Person 1 / ◯ Person 2 nicht regelmäßig über 1/7 der monatl. Bezugsgröße*** liegt.

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

Stand Jan. 2022

Dieser Antrag für Kranken- und Pflegeversicherung kann vom Vermittler nur über die Netfonds AG oder eine direkte Anbindung, die über die Netfonds AG eingerichtet wurde, eingereicht werden.

Antrag auf Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

COVAGO

10 Vorversicherung & weitere Krankenversicherungen

****bitte auch Angaben zu Beitragsrückstand machen, wenn VN nicht identisch mit VP.

Bestehen oder bestanden in den vergangenen fünf Jahren Krankenversicherungen bzw. wurden solche in den letzten fünf Jahren beantragt oder sind zur Zeit weitere Anträge gestellt? Abgelehnte und nicht zustande gekommene Anträge sind anzugeben! Bei Beantragung BK, Continentale, HanseMerkur, SIGNAL IDUNA und UKV: **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.	Name PKV/GKV/EWR-Dienstleister	von	bis	Beendet / Abgelehnt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Art der Zusatzversicherung inkl. Höhe Karenzzeit (z. B. stationär, KT, KHT, Kurtagegeld, Pflege)
****VN / ****VP1				◯ VN ◯ VR	◯ nein ◯ ja	
				◯ VN ◯ VR	◯ nein ◯ ja	
VP2				◯ VN ◯ VR	◯ nein ◯ ja	
				◯ VN ◯ VR	◯ nein ◯ ja	

Gesellschaft

(Die allgemeinen Unternehmensangaben incl. Gläubiger-Identifikationsnummer entnehmen Sie der Seite 7)

Ich ermächtige den/die oben genannten Versicherer, Zahlungen (Beiträge, Zinsen, Gebühren) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich **weise ich** unten genanntes Kreditinstitut **an**, die vom Versicherer auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschrifteinzug vorab angekündigt wird, mindestens einen Kalendertag beträgt. (Die Mandatsreferenznummer wird separat bekannt gegeben.)

11 SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

IBAN **BIC**

Kreditinstitut (für den Beitragseinzug/ Kurzname und Ort)

Kontoinhaber ◯ Antragsteller oder ◯ folgende Person (Vor- und Nachname, Straße/Haus-Nr., PLZ, Ort und Geb.dat.)

◯ monatlich ◯ vierteljährlich ◯ halbjährlich ◯ jährlich
(bei Allianz und R+V nur monatlich)

Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers**

12 Informationspflicht

Empfangsbestätigung: Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; (bei der AXA/DBV und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und bei HanseMerkur zusätzl.: Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person) und weitere Informationen nach VVG-InfoV), die Satzung (nur bei Continentale Krankenversicherung a.G.), das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten **„Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“**,die **Widerrufsbelehrung,** die Dienstleister- und Empfängerliste sowie das Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ (für Allianz, BK/UKV und SDK: „Information zur Verwendung Ihrer Daten“, für Hallesche: „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung“) des beantragten Versicherers sowie die **„Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“** erhalten. (nur für HanseMerkur: Die Verbraucherinformation mit Stand _____ habe ich erhalten, R+V _____ Bedingungsheft)

Ort, Datum **Unterschrift des Antragstellers**

13 Angaben zur Datenübermittlung (s. S. 5)

Steuer-ID Antragsteller

Person 1

Person 2

14 Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung ein (siehe Seite 4 und 5).

A Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

B Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
1. Zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

C Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers
1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

D Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ferner willige ich in die Bonitätserklärung und in die Übermittlung personenbezogener Daten an Auskunfteien (siehe Seite 5) ein.
Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten Erklärungen und Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift des Antragstellers und/oder gesetzl. Vertreter

Unterschrift aller zu versichernden Personen ab dem vollendeten 14. Lj. und ggf. gesetzl. Vertreter

◯ **Ich willige ein, durch meinen Makler / Mehrfachagenten** **per Telefon bzw. E-Mail über Finanz- und Versicherungsprodukte informiert zu werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.**

15 Wichtige Hinweise für Antragsteller

Mit dem Antrag auf Kranken-, Krankentagegeld, Pflegepflicht- und ergänzende Pflegekrankenversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 6 die **„Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“** und die Erklärung zu **„nahen Angehörigen“**. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Vertragsgrundlagen, den Hinweis zur Widerrufsbelehrung (s. S. 6) sowie die Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages und diese werden Bestandteil des Vertrages bzw. der Verträge. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

16 Unterschriften

Ort, Datum **Vermittler-Nummer**

Unterschrift des Antragstellers und/oder bei Minderjährigen Unterschrift gesetzl. Vertreter

Antragsvermittler (Name, Vorname in Blockschrift)

Unterschrift aller zu versichernden Personen ab dem vollendeten 14. Lj. und/oder gesetzl. Vertreter bezogen auf alle Antragsdaten

Unterschrift Antragsvermittler

Stand Jan. 2022

Dieser Antrag für Kranken- und Pflegeversicherung kann vom Vermittler nur über die Netfonds AG oder eine direkte Anbindung, die über die Netfonds AG eingerichtet wurde, eingereicht werden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Antragsseite 1 unter Abschnitt 3 genannte Versicherer, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt 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. Assistance-, Logistik-, IT-Dienstleister, Dienstleister für telefonische Kundenbetreuung, zentrale Datensammlung und das Forderungs- oder Beschwerdemanagement weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter den auf Seite 7 genannten Adressen des jeweiligen Versicherers 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.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den beantragten Versicherer (unter A)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter B)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der beantragten Versicherer und (unter C)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter D).

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.

A 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 des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

B Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den Versicherer sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Der Versicherer wird 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

- 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
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. Ihnen ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

2. Erklärungen für den Fall des Todes (gilt nicht für Allianz, Continentale, SIGNAL IDUNA 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.

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.

Für die Hallesche und die R+V gilt: Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass der Versicherer – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung 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.

C 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.

1.Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch 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 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
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, führt der Versicherer teilweise nicht selbst durch. Insoweit hat der Versicherer diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Versicherungsgruppe übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für den Versicherer 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. Eine aktuelle Liste wird bei Antragstellung ausgehändigt und kann auch im Internet unter der Internetadresse des jeweiligen Versicherers eingesehen oder beim Versicherer selbst angefordert werden (vgl. Seite 7). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren 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 des Versicherers und der anderen vom Versicherer beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz und HanseMerkur)
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 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, in Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, von ihrer Schweigepflicht.

4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler
Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Beitragszuschläge oder Ausschlüsse für bestimmte Risiken vereinbart wurden. Der Sie betreuende Vermittler kann zu Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden vor einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert sowie auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

D

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 Versicherer 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.

Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und die Netfonds AG und die COVAGO Vertriebsservice GmbH

Der Vermittler arbeitet mit der Netfonds AG, Heidenkampsweg 73,20097 Hamburg (kurz: „Netfonds“), als Maklerpool zusammen. Die COVAGO Vertriebsservice GmbH (kurz:“COVAGO“) 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. Die COVAGO fungiert somit als Dienstleister der Netfonds und handelt in deren Auftrag. Kommt aufgrund der Vermittlung des Vermittlers zwischen Ihnen und einem Versicherer ein Vertrag zustande, benötigt der Vermittler sowie die COVAGO und die Netfonds zu vorgenannten Zwecken vom 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.

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

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

Hinweis zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2b des Einkommensteuergesetzes

Bei Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherungen sowie darauf bestehenden Anwartschaftsversicherungen ist der Versicherer nach § 10 Abs. 2b EStG zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden verpflichtet. Dafür benötigt der Versicherer die Steueridentifikationsnummer des Versicherungsnehmers sowie aller mitversicherten Personen. Sofern die benötigten Steueridentifikationsnummern bei Antragstellung nicht mitgeteilt werden können, wird der Versicherer sie nach den Vorgaben des § 139b Abgabeordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben.

Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

(für Allianz, BK, ARAG, Barmenia, Continentale, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, Nürnberger, R+V, UKV und uniVersa:
Gilt nur für die Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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 der Auskunftei (z.B. SCHUFA, InfoScore, Creditreform) einholt und verarbeitet.

Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren - gilt nicht für uniVersa). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt. Für AXA/DBV und Hallesche gilt zusätzlich: Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen übermittelten Ergebnisse während der ersten fünf Jahren der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinde schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen. Für die Bonitätsprüfung benötigt der Versicherer die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

Für ALLIANZ gilt: 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. Für AXA/DBV gilt: Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermei-dung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z.B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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 SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

Hinweis zur Kontaktaufnahme mit anderen Versicherern

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller bzw. Interessent sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, dem Versicherer die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da der Versicherer die Angaben zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der der versicherten Personen im Rahmen der Risikoprüfung benötigt. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

Hinweis zum Wettbewerbsrecht

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.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigten die Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers abrufen können (vgl. Seite 7). Ebenfalls im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers können Sie Listen der Unternehmen abrufen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen (vgl. Seite 7). Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ des beantragten Versicherers. Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie die Informationen auch in Papierform.

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

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

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen des Versicherers 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 (siehe Seite 7) schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? – Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen 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 Versicherungschutzes
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 Versicherungsfalls, 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 Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags 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. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung handelt, welche die Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt (§ 206 Abs. 1 VVG).

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. Das Kündigungsrecht ist außerdem ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. (Satz 2 gilt nicht für Hallesche und SIGNAL IDUNA Krankenversicherung)

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 sein Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht ihm das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

4. Ausübung seiner 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 der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer 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 der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis zur Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht – Sie können Ihren Antrag, spätestens nach Zugang des Versicherungsscheins, widerrufen. Eine vollständige Belehrung über das Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen erhalten Sie spätestens mit dem Versicherungsschein.

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nr 5 Buchstabe b VersStG)

Ich erkläre: Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage (auch im Rahmen eines Beitritts zur Gruppenversicherung), handelt es sich bei diesen Personen um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des PflegeZG bzw. um Angehörige im Sinne des § 15 der AO.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 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 Barmenia, 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 nachfolgender Definition und ggf. nach den spezifischen Regelungen der Versicherer handelt und somit für die Person keine Versicherungssteuer anfällt. (Eine Annahme bei BK/UKV und AXA/DBV Angehörige nach Ziffer 1, 3, 10; bei ARAG, Continentale, Gothaer, Nürnberger, R+V sind nur „dauerhafte" Angehörige versicherbar; bei Continentale zusätzl. außer Ziffer 8)

Sog. „dauerhafte" Angehörige sind:
1. der Ehegatte oder Lebenspartner gem. LPartG., auch nach der Scheidung, **2.** Verwandte und Verschwägerte gerader Linie (z.B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßenkel, Urenkel)[1)2)], **3.** Kinder (auch Adoptivkinder, auch nach Erlöschen der Adoption), **4.** Geschwister[1)], **5.** Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel)[1)], **6.** Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen)[1)],**7.** Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, der Geschwister, sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, (Schwägerinnen und Schwäger)[1)2)], **8.** sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, verwandte Personen, (z.B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne und Stiefkinder (=(Adoptiv-)Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners gem. LPartG)[2)].
[1)]auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist. [2)]auch dann, wenn die Beziehung, begründete Ehe oder Lebenspartnerschaft gem. LPartG nicht mehr besteht.

Sog. „nicht dauerhafte" Angehörige sind:

9. Verlobte, **10.** Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft, **11.** Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/der Ehegattin bzw. des Lebenspartners/der Lebenspartnerin)[3)], **12.** Stiefeltern. [3)]auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Hinweis: Versicherungen, durch die Ansprüche von Personen begründet werden, die keine (nahen) Angehörigen sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Die Auflösung einer Verlobung bzw. die Beendigung einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft kann nach Vertragsschluss zu einer abweichenden versicherungssteuerrechtlichen Beurteilung führen; ebenso die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft mit Pflegekindern, wenn mit diesen keine innere Verbundenheit/Beziehung mehr besteht. Sie müssen daher in diesen Fällen umgehend den beantragten Versicherer informieren. Das bedeutet für Sie auch: Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.
Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, gebe ich zusätzlich die versicherungssteuerrechtliche Erklärung zu deren Angehörigeneigenschaft ab.

Definition Gesamtkeinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs.1 und 3 EStG). Dazu zählen z. B. Gehälter, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalerträge oder Mieteinnahmen. Grundsätzlich beträgt die Grenze für die Familienversicherung 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des SGB IV.

Impressum

COVAGO Vertriebsservice GmbH, Röntgenstraße 44a, 86368 Gersthofen
Telefon: 0821 899827 00, Fax: 0821 899827 77, Mail: info@covago.de, www.covago-vertriebsservice.de
Geschäftsführer: Herbert Nißel, Harald Gesellensetter, Sitz der Gesellschaft ist Gersthofen, Handelsregister: Amtsgericht Augsburg HRB 33946, St.-Nr.: 102/123/70687, USt-IdNr.: DE326256784

Anschrift / Rechtsform / Vorstand / Aufsichtsratsvorsitzender der Versicherungsunternehmen

01 Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstr. 28, 80802 München, www.allianz.de/datenschutz,
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de
Vorstand: Nina Klingspor (Vors.), Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Dr. Jan Esser, Kaan Günay, Dr. Thomas Wiesemann
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus-Peter Röhler
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000063851

02 ARAG Krankenversicherung-AG

Hollerithstr. 11, 81829 München, Telefax: +49 (89) 4124-9525
www.arag.de, E-Mail: service@ARAG.de
Vorstand: Herrn Dr. Matthias Effinger, Dr. Shiva Meyer, Dr. Roland Schäfer
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

03 AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Telefax: +49 (221) 148-41914
www.axa.de, E-Mail: service@axa.de
Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Dr. Klaus Endres, Dr. Marc Daniel Zimmermann, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097

04 Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefax: +49 (202) 438-2846
www.barmenia.de, E-Mail: info@barmenia.de
Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38ZZZ00002227957

05 Bayerische Beamtenkrankenkasse

Maximilianstraße 53, 81537 München; Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de, E-Mail: service@vkb.de
Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl;
Aufsichtsratsvorsitzende: Isabella Pfaller
Gläubiger-ID: DE50BK000000156985

06 Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, Telefax: +49 (231) 919-2913
www.continentale.de, 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-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000053646

07 DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden,
Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Telefax: +49 (221) 148-41914
www.dbv.de, E-Mail: info@dbv.de
Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Dr. Klaus Endres, Dr. Marc Daniel Zimmermann, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097

08 DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln, Telefax: +49 (180) 578-6000
www.dkv.com, E-Mail: service@dkv.com
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vors.), Ursula Clara Deschka, Christoph Klawunn, Marcel Röttgen, Heiko Stüber
Aufsichtsratsvorsitzender: Silke Lautenschläger
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000012130

09 Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Telefax: +49 (221) 308-103
www.gothaer.de/datenschutz, E-Mail: info@gothaer.de
Vorstand: Dr. Sylvia Eichelberg (Vors.), Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller, Harald Ingo Epple
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000070522

10 Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart, Telefax: +49 (711) 6603-333
www.hallesche.de, E-Mail: service@hallesche.de
Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettnaker, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE89ZZZ00000031444

11 HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Telefax: +49 (40) 4119-3257
www.hansemerkur.de, E-Mail: info@hansemerkur.de
Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent
Das SEPA-Lastschriftverfahren für die HanseMerkur Krankenversicherung AG wird auftragsgemäß von der HanseMerkur Versicherungen GbR durchgeführt.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000066149

12 INTER Krankenversicherung AG

Erzberger Straße 9-15, 68165 Mannheim, Telefax: +49 (621) 427-944
www.inter.de, E-Mail: info@inter.de
Vorstand: Dr. Michael Solf (Vorstandssprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael Schillinger, Roberto Svenda
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172

13 NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefax: +49 (911) 531-3206
www.nuernberger.de, E-Mail: info@nuernberger.de
Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb
Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000057335

14 ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München, Telefax: +49 (089) 26 20 98 130
www.ottonova.de, E-Mail: antrag@ottonova.de
Vorstand: Dr. med. Roman Rittweger (Vorsitz), Dr. Bernhard Brühl, Jesko David Kannenberg
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Herbert Henzler
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZ00002016282

15 R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Telefax: +49 (611) 53356-84
www.bdsg.ruv.de, E-Mail: gesundheit@ruv.de
Vorstand: Claudia Andersch (Vors.), Nina Henschel, Dr. Mathias Ising
Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1500800000136566

16 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund, Telefax: +49 (231) 135-4638
www.signal-iduna.de, 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-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000103174

17 Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach, Telefax: +49 (711) 7372-7240
www.sdk.de, E-Mail: sdk@sdk.de
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Ralf Oesterreich, Benno Schmeing
Aufsichtratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62SDK00000062000

18 uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Telefax: +49 (911) 5307-1788
www.universa.de/datenschutz, E-Mail: info@universa.de
Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler
Zahlungsempfänger ist uniVersa Lebensversicherung a.G. im Namen und auf Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000102598

19 Union Krankenversicherung (UKV)

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken; E-Mail: service@ukv.de; dienstleister.vkb.de; Datenschutz-Information: www.vkb.de/datenschutz
Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl;
Aufsichtsratsvorsitzende: Isabella Pfaller
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69UKV00000157419

20 Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg, Fax: 09 31-27 95-2 90
www.wuerzburger.com, E-mail: info@wuerzburger.com
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Birgit Baenitz, Dirk Guß
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954

Stand Jan. 2022

Dieser Antrag für Kranken- und Pflegeversicherung kann vom Vermittler nur über die Netfonds AG oder eine direkte Anbindung, die über die Netfonds AG eingerichtet wurde, eingereicht werden.