

Antrag auf

- Private Krankenversicherung
- Pflegepflichtversicherung
- Concret Pflege + Vorsorge
- Concret akut und unfall
- Concret SB-Care



vermittelt durch:

CONCRET

Inhaber: Alexander Weinstein e.K.
Eckendorfer Str. 2-4
33609 Bielefeld

Wird im Folgenden als „Concret“ bezeichnet

Eintragung im Vermittlerregister der IHK Ostwestfalen zu Bielefeld
unter der Registrierungsnummer D-L0Y5-Y62QW-91

Telefon (0521) 55 616 0
Telefax (0521) 55 616 390
E-Mail antrag@concret24.de
Internet www.concret24.de

Antrag auf Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Pflegepflichtversicherung, Concret Pflege + Vorsorge, Concret akut und unfall, Concret SB-Care

Hinweise

Die auf Grundlage dieses Antrages abzuschließenden Verträge in der Kranken-, Pflegepflicht-, Unfall- und Pflegeergänzungsversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge. Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9. dieses Antrags.

Antragsteller(VN)

¹Erstwohnsitz lt. Melde-
register (Beachten Sie
dazu Seite 8 – „Ein-
willigung in die
Bonitätsauskunft“)

²nicht zu beantworten
bei uniVersa

³freiwillige Angabe

⁴nicht zu beantworten
bei R+V

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> ohne Anrede	Titel		Tätigkeits- status	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> selbstständig	seit dem	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)			<input type="checkbox"/> Beamter Bund <input type="checkbox"/> Beamter Land	Beihilfesatz ambulante	%	Beihilfesatz stationär	%
Straße, Haus-Nr. ⁽¹⁾			Anzahl der beihilfe- berechtigten Personen				<input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge
PLZ, Ort ⁽¹⁾			berufliche Tätigkeit (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)				
Geburtsdatum			Geschäftsadresse, Arbeitgeberadresse ⁴				
Staatsangehörigkeit ⁽²⁾			Branche				
<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere			in Deutschland seit				
Familienstand ⁽²⁾			Eintragung im Handelsregister				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden			<input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> verwitwet				
Telefon ⁽³⁾			Gewerbeanmeldung, Zulassung				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
E-Mail ⁽³⁾							

Zu versichernde Personen (VP)

¹nicht zu beantworten
bei uniVersa

Person 1		Person 2	
Versicherungsbeginn		<input type="checkbox"/> Antragsteller ist gleichzeitig die zu versichernde Person 1	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)			
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Familienstand ⁽¹⁾		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eing. Lebenspartner <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Adresse (falls abweichend)			
Geschäftsadresse (bei Angestellten AG-Adresse)		<input type="checkbox"/> wie Privat- anschrift	
Staatsangehörigkeit ⁽¹⁾		in Deutschland seit	
<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere			
Beruf/Branche (derzeit ausgeübte Tätigkeiten)			
<input type="checkbox"/> Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> Die Arbeitgeberbescheinigung wird hiermit beantragt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge	
Selbstständig/ freiberuflich seit		Anzahl sozialversicherungs- pflichtiger Mitarbeiter	
Eintragung im Handelsregister		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
Gewerbeanmeldung/ Zulassung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
Beihilfeanspruch nach Richtlinie		<input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land	
<input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land		seit	
ambulant stationär		% %	
Beantragung von Ausbildungstarifen		<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/in	
Dauer der Ausbildung/ des Studiums		von bis	
Auslandsaufenthalt		Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt geplant?	
Grenzgänger		Liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Person 1		Person 2	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

nur BK, Nürnberger,
SIGNAL IDUNA u. UKV

Versicherer

Anschrift und Rechts-
form auf Seite 12

Gesellschaft	<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderungsantrag ¹		<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderungsantrag ¹
--------------	---	--	---

¹ Bei Änderungsanträgen die zugehörige Versicherungsnummer unter »Besondere Vereinbarungen« (Seite 6) eintragen.

Tarife und Beiträge

bei den Tarifen
AXA ActiveMe,
HanseMercur AZP
und ottonova
Anlage zum Antrag
beachten!

Tarife und Beiträge Person 1				Fortsetzung Person 1				Tarife und Beiträge Person 2			
Tarifname	Tarifbeitrag	Risikozuschlag	Summe	Tarifname	Tarifbeitrag	Risikozuschlag	Summe	Tarifname	Tarifbeitrag	Risikozuschlag	Summe
	€	€	€		€	€	€		€	€	€
	€	€	€		€	€	€		€	€	€
	€	€	€		€	€	€		€	€	€
	€	€	€		€	€	€		€	€	€
	€	€	€		€	€	€		€	€	€
Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife		€	€	Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife		€	€	Gesetzlicher Zuschlag auf Krankenvolltarife		€	€
Pflegepflichtversicherung (PPV)		€	€	Pflegepflichtversicherung (PPV)		€	€	Pflegepflichtversicherung (PPV)		€	€
mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV		€	€	mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV		€	€	mtl. Gesamtbeitrag KV/PPV		€	€
<input type="checkbox"/> Concret Pflege + Vorsorge ¹		€	€	<input type="checkbox"/> Concret Pflege + Vorsorge ¹		€	€	<input type="checkbox"/> Concret Pflege + Vorsorge ¹		€	€
<input type="checkbox"/> Concret akut ² <input type="checkbox"/> Concret unfall ²		€	€	<input type="checkbox"/> Concret akut ² <input type="checkbox"/> Concret unfall ²		€	€	<input type="checkbox"/> Concret akut ² <input type="checkbox"/> Concret unfall ²		€	€
Concret SB-Care (Details Seite 5)		€	€	Concret SB-Care (Details Seite 5)		€	€	Concret SB-Care (Details Seite 5)		€	€

¹ Concret Pflege + Vorsorge = Pflegezusatztarif PGE der HanseMercur Krankenversicherung AG inkl. Vorsorge-Assistent. Abschließbar für 20 - 48-Jährige, Monatsbeitrag: 5,18 EUR. ² Concret akut = Tarif clinic A und Concret unfall = Tarif clinic U der HanseMercur Krankenversicherung AG. Die Monatsbeiträge je Tarif: 0 - 19-Jährige 3,00 EUR, 20 - 60-Jährige 9,00 EUR. (nicht möglich in Verbindung mit Tarifen der AXA/DBV)

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

WICHTIGER HINWEIS ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT:

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt der Versicherer Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den gewählten Versicherer (je nach Verschulden) berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Beachten Sie hierzu bitte die Ihnen gesondert ausgehändigten Erläuterungen des jeweiligen Versicherers zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungs-vertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Seite 9). Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer im Abschnitt »Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12« genaue Angaben zu machen.

Der Vertragsabschluss wird nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig gemacht.

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich der Versicherung innerhalb einer Frist von 3 Tagen ab Antragstellung.

1. Körpergröße und Gewicht

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

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

nein ja

nein ja

2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Einschränkungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? (bei Wuerttembergische die letzten 10 Jahre, auch Hilfsmittelversorgung; bei R+V auch Erkrankungen des Gehirns oder Nervensystems die letzten 10 Jahre; bei Concordia auch Essstörungen die letzten 10 Jahre; bei DKV Leistungen aus privater/sozialer Pflegeversicherung beantragt o. Antrag beabsichtigt?)

nein ja

nein ja

3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Wuerttembergische die letzten 5 Jahre; für ambulante Operationen bei Allianz, DKV, HanseMerkur, R+V, SDK und SIGNAL IDUNA die letzten 5 Jahre, bei ottonova die letzten 10 Jahre)

nein ja

nein ja

4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kur- oder Rehabmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 6 Jahre; bei ottonova und Wuerttembergische die letzten 10 Jahre)

nein ja

nein ja

5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei Concordia, Continentale und SIGNAL IDUNA: einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei AXA Tarif ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK, Concordia, Hallesche, INTER, Nürnberger, ottonova, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA, UKV, uniVersa und Wuerttembergische die letzten 10 Jahre)

nein ja

nein ja

6. Besteht eine Fehlsichtigkeit?

Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)?

(nicht erforderlich bei Allianz, HanseMerkur, R+V und Wuerttembergische)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/> Li	<input type="text"/> Re

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/> Li	<input type="text"/> Re

7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?

(bei ARAG, Barmenia, Continentale, INTER, R+V und SIGNAL IDUNA ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulant), Concordia und Hallesche die letzten 3 Jahre; bei SDK die letzten 10 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur)

nein ja

nein ja

8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) (nur bei ARAG, BK, Gothaer, INTER und UKV) Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb? h) (nur bei ARAG und DKV) Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?

nein ja

nein ja

9.1 Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche? (bei HanseMerkur u. INTER nicht zu beantworten; bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei Nürnberger, R+V, SIGNAL IDUNA, SDK und uniVersa die letzten 10 Jahre; bei ottonova zeitlich unbegrenzt)

nein ja

nein ja

9.2 Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel/ Beruhigungsmittel verordnet oder regelmäßig eingenommen? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei ARAG und R+V die letzten 12 Monate; bei AXA/ DBV die letzten 10 Jahre, wenn länger als 6 Wochen; bei HanseMerkur zeitlich unbegrenzt)

nein ja

nein ja

9.3 Werden/Wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei AXA/DBV, BK/UKV, R+V, SDK und uniVersa die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur und ottonova zeitlich unbegrenzt)

nein ja

nein ja

10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?

(bei R+V die letzten 10 Jahre; nur bei Allianz und Continentale: Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?)

nein ja

nein ja

11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Krebs- oder Tumorerkrankung behandelt, beraten oder untersucht?

(nur zu beantworten bei BK, Münchener Verein und UKV die letzten 5 Jahre; bei ottonova und R+V (auch gutartige Tumoren) die letzten 10 Jahre)

nein ja

nein ja

12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa; bei Wuerttembergische: Mit einem Prothesenglied versorgte Zähne sind wie fehlende Zähne zu bewerten; bei BK u. UKV auch Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind; bei INTER: keine Milchzähne)

keine Anzahl

keine Anzahl

12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen (nicht erforderlich bei Hallesche)? Oder besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?

nein ja

nein ja

12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront?

(zu beantworten bei Allianz, Hallesche, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-Z und SIGNAL IDUNA älter 5 Jahre, bei Continentale und SIGNAL IDUNA inkl. prothetisch versorgter Zähne; bei BK u. UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre und nur für Personen älter 18 J.; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz, bei BK, INTER u. UKV auch herausnehmbarer Zahnersatz sowie Inlays/Onlays, bei INTER zudem auch teilüberkronte Zähne; bei SIGNAL IDUNA ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben)

<input type="text"/> ersetzt	<input type="text"/> überkr.
------------------------------	------------------------------

<input type="text"/> ersetzt	<input type="text"/> überkr.
------------------------------	------------------------------

12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)?

(nicht erforderlich bei Allianz und Wuerttembergische; bei Continentale nur für Personen älter 18 J.)

12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben?

(nur bei Münchener Verein und SDK zu beantworten, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben)

Gesundheitszustand – Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist die Beantwortung unter Angabe der laufenden Nummer der jeweiligen Frage auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	

Klick auf das Icon rechts führt zum Zusatzblatt Detailfragen

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen (2-12), es liegen diesem Antrag zusätzliche Blätter für weitere Angaben bei. Die zusätzlichen Blätter sind sowohl vom Antragsteller (VN) sowie (falls abweichend) von der zu versichernden Person (ab dem vollendeten 16. Lebensjahr) zu unterschreiben und werden Bestandteil des Antrags.

Anzahl:

Risikozuschläge

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden	RZ für Person	RZ auf Tarif	<input type="text"/>	RZ in %	<input type="text"/>	RZ in €	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	RZ wegen Diagnose		<input type="text"/>			
	RZ für Person	RZ auf Tarif	<input type="text"/>	RZ in %	<input type="text"/>	RZ in €	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	RZ wegen Diagnose		<input type="text"/>			
	RZ für Person	RZ auf Tarif	<input type="text"/>	RZ in %	<input type="text"/>	RZ in €	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	RZ wegen Diagnose		<input type="text"/>			
	RZ für Person	RZ auf Tarif	<input type="text"/>	RZ in %	<input type="text"/>	RZ in €	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	RZ wegen Diagnose		<input type="text"/>			

Hausarzt und Zahnarzt

(Bei Tarifen mit freier Arztwahl ist die Angabe eines Hausarztes nicht notwendig.)

	Person 1	Person 2
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Sonstige
Seit wann sind Sie dort Patient/in?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Anschrift und Fachrichtung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zahnarzt	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen Zahnarzt/Kieferorthopäden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Antrag vom

Krankentagegeld und Einkommen

Höhe der durchschnittlichen mtl. Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate (z. B. nicht selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)

Person 1		Person 2	
brutto €	netto €	€	netto €
Tage	Wochen	Tage	Wochen

Dauer der Gehaltsfortzahlung (Tage/Wochen)

Sind Sie als geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH, oHG etc. am Stammkapital zu mindestens 50% beteiligt? nein ja

nein ja

Das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldversicherern) übersteigt nicht das zu versichernde Nettoeinkommen der letzten 12 Monate und die gewählte Karenzzeit ist nicht kürzer als die Dauer des Anspruchs aus der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Vorversicherung

Der Antragsteller ist verpflichtet, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da die Angaben bei der Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung vom Vorversicherer und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben des Antragstellers oder der Versicherten benötigt werden. Hinsichtlich der Verifizierung und Ergänzung der Angaben kann ein Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung mit dem Vorversicherer erforderlich sein.

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung, eine Versicherung für den Pflegefall, ein KT, Kurtagegeld oder KHT? Wurde in den letzten 5 Jahren eine solche beantragt, abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt? (bei DKV, Gothaer, Wuerttembergische keine Begrenzung auf 5 Jahre). Der Vorversicherungsnachweis wird vom Versicherungsnehmer/Antragsteller nachgereicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der beantragte Versicherer hinsichtlich meiner Angabe vor Antragsannahme oder im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

	GKV/ PKV	Versicherer bzw. Kasse	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Abgelehnt am	Vertrag ruhend gestellt seit	Gekündigt von	Bestehen derzeit Beitragsrückstände?	Besteht weiterhin parallel ein Kranken-, Krankenhaus-, Kur-, Pflegetagegeld? Wenn »ja«: Höhe und Karenz
VP 1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV							<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art
VP 2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV							<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art

VN Bitte geben Sie zusätzlich an, falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, ob der VN derzeit Beitragsrückstände bei einem Krankenversicherer hat. nein ja

Eine Übertragungswertbescheinigung bei Wechsel von PKV zu PKV habe ich beigefügt reiche ich nach

Wartezeiterlass

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, falls nachstehend nichts anderes beantragt und vom Versicherer bestätigt wird.

Für die Wartezeiten beantrage ich die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung. Den Vorversicherungsnachweis der Krankenversicherung reiche ich nach.

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

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

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Neugeschäftskonditionen nach § 110 Abs. 3 SGB XI; Altbestandskonditionen nach § 110 Abs. 1 und 2 SGB XI;

Für die Beitragsberechnungen gelten: Neugeschäftskonditionen (= neu) oder Altbestandskonditionen (= alt)

Übersteigt das regelmäßige monatliche Einkommen¹ die Grenze für die Familienversicherung²?

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

Bei Ehepartnern:³ Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung für den nachfolgenden Ehegatten:

Name, Vorname des Ehegatten Pflegepflichtversicherung des Ehegatten³ bei Gesellschaft: Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaftsversicherung.

Bei Kindern: Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der privaten Pflegepflichtversicherung für Person 1 Person 2 und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI (Details zu den Voraussetzungen auf Seite 9) erfüllt sind. Der nachgenannte Elternteil ist privat pflegepflichtversichert (nicht als Anwartschaft).

Name, Vorname bei seit

Gleichzeitig bestätige ich, dass das monatl. Gesamteinkommen¹ des oben aufgeführten Ehegatten bzw. Lebenspartners bzw. Kindes nicht regelmäßig über der Grenze für die Familienversicherung² liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegepflichtversicherung bestand, werde ich Beiträge nachentrichten. Ein Nachweis über das anderwertige Bestehen einer Pflegepflichtversicherung folgt.

¹ Als Gesamteinkommen (Definition siehe Schlusserklärung) gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG).

² 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Betrag bitte erfragen (in 2024: 505 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 8a SGB IV nicht mehr als 538 EUR.

³ Ebenfalls Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

verticus SB-Care

Antrag auf Absicherung der Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung bei Unfall durch den sb-care der Würzburger Versicherungs-AG.

Versicherungsbeginn – 00:00 Uhr

Laufzeit: 1 Jahr; Das Vertragsverhältnis verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht Ihnen oder der Würzburger Versicherungs-AG drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist. Aufnahme-fähig sind Personen bis zum 65. Lebensjahr.

Unfall-Heilbehandlungskosten

Tarif	für die zu versichernde Person 1					Eigene Berechnung
	A	B	C	D	E	
Summe Selbstbeteiligung (SB)	300€	600€	750€	1.000€	1.200€	<input type="text"/> €
Gesamtbeitrag (Jahr)	22,98€	45,96€	57,45€	76,60€	91,92€	<input type="text"/> €

Tarif	für die zu versichernde Person 2					Eigene Berechnung
	A	B	C	D	E	
Summe Selbstbeteiligung (SB)	300€	600€	750€	1.000€	1.200€	<input type="text"/> €
Gesamtbeitrag (Jahr)	22,98€	45,96€	57,45€	76,60€	91,92€	<input type="text"/> €

zu zahlender Gesamtbeitrag € Zahlungsweise vierteljährlich halbjährlich jährlich

Mindestens 10 EUR je Fälligkeit; bei viertel- und halbjährlicher Zahlungsweise sind Rundungsdifferenzen möglich; Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer (z. Zt. 19%); Der Jahresbeitrag gilt für eine Vertragslaufzeit von 1 Jahr.

Versicherungsnehmer

Antrag vom

Besondere Vereinbarungen

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, sofern die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Steuer-Identifikationsnummer

Nur relevant für Krankenversicherung

	VN	Person 1	Person 2
Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datenübermittlung an die Finanzbehörde: Im Rahmen des §10 Abs. 2b EStG ist der Versicherer verpflichtet, den Finanzbehörden Ihre Vorsorgeaufwendungen – geleistete und erstattete Beiträge – für die Krankenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung sowie für einen Anspruch auf eine Krankenvollversicherung zu melden. Hierzu benötigt der Versicherer Ihre Steueridentifikationsnummer und die Steueridentifikationsnummer von ggf. mitversicherten Personen. Falls Sie dem Versicherer die Steueridentifikationsnummer(n) nicht mitteilen können, wird der Versicherer diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen und für die Meldungen verwenden.

Beratungsdokumentation

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

Empfangsbestätigung

Empfangsbestätigung: Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen) sowie die Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten; *bei AXA, HanseMerkur: „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif“ und nur bei HanseMerkur: „Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person“; bei Gothaer: „Die Kundeninformationen nach Informationspflichtenverordnung VVG-Info V“*) und weitere Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG, das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die „Mitteilung des Versicherers nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten (*für Hallesche: „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung*), die Widerrufsbelehrung zu meiner beantragten Versicherung (sofern nicht mit Zugang des Versicherungsscheins, Details siehe Seite 10) sowie die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

(*bei HanseMerkur: Druckstücknummer/Tarif und Stand, bei R+V: Bedingungsheft und Stand*)

Den Empfang der genannten Unterlagen bestätige ich mit nachstehender Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers, der gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen

Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses vom Makler kontaktiert zu werden. Wird dem Makler die Kontaktaufnahme untersagt, so enden sämtliche Betreuungspflichten sofort, da der Makler diesen nicht mehr nachkommen kann. Meine vertragsgemäße Betreuung erfolgt durch den Makler, der sich zur Abwicklung seiner Dienstleistung der Concret bedient. Die Beratung erfolgt allein durch den Makler. Durch die Beratung werden keinerlei Pflichten zwischen Concret und mir als Auftraggeber begründet.

Die Einwilligung kann ich jederzeit durch eine entsprechende Mitteilung in Schrift- oder Textform gegenüber Concret oder durch eine E-Mail an datenschutz@concret24.de widerrufen.

Unterschrift(en) des Antragstellers

Erklärungen und Hinweise

Erklärungen zum Beginn des Versicherungsschutzes: Sofern der von mir beantragte Versicherungs-/Tarifbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsrecht), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz bedingungsgemäß vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor Ablauf der ggf. geltenden Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

Schlussklärung:

Die im Antrag gemachten Angaben und gestellten Fragen wurden nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Dieser Antrag besteht aus den Seiten 1 bis 13 inkl. dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Mitteilung des Versicherers nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ (Seite 9), die wichtigen Definitionen und Hinweise (Seiten 9 und 10) sowie die Ihnen übermittelte Widerrufsbelehrung zu Ihrer beantragten Versicherung bei der ausgewählten Gesellschaft bzw. den Hinweis zum Erhalt der Widerrufsbelehrung (Seite 10). Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung.

Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein, bzw. gebe ich zu folgenden Sachverhalten die umseitigen Erklärungen ab.

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

Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf Seite 7 u. 8

Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Ferner willige ich in die „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“ sowie in die „Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Serviceanbieter betreffend“ ein (siehe Seiten 7 und 8).

Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich die auf den nächsten Seiten abgedruckten und von mir mit meiner Unterschrift abgegebenen Erklärungen zur Kenntnis genommen habe. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Unterschrift(en) Antrag

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Angaben des Antragsvermittlers

Vor- und Zuname, Unterschrift

Unterschrift(en) Datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Antragstellers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.

Rechtsstellung des Antragsvermittlers:

Ihr Vermittler ist selbstständiger Versicherungsmakler mit entsprechender behördlicher Erlaubnis. Er nutzt zur Vereinfachung seiner Tätigkeit Leistungen der verticus Finanzmanagement AG sowie der Tochter verticus Versicherungsservice GmbH. Für die Ihnen gegenüber erbrachten Beratungs-/Vermittlungsleistungen ist ausschließlich Ihr Vermittler verantwortlich.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärungen

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Seite 12 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 Schweigepflichtentbindungen ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- und IT-Dienstleister, Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, zentrale Datenverwaltung, 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 12 genannten Adressen des jeweiligen Versicherers zu widerrufen. Die Versicherer 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 (und die dem Konzern zugehörigen Gesellschaften) selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen (wie z. B. für Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

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

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(Unterschiedliche Auswahlmöglichkeiten für VP1 und VP2; bei Allianz, AXA/DBV, Concordia, Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, INTER, ottonova und SIGNAL IDUNA nur Möglichkeit 2 (Einzelfall) möglich; bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag)

Möglichkeit 1:

- VP1** **VP2** **Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

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

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

Möglichkeit 2:

- VP1** **VP2** **Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer willige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nicht für Allianz, Continentale, DKV, Gothaer, ottonova und SIGNAL IDUNA)

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf der Versicherer einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

(Bei allen anderen Versicherern gilt Kreuz bei VP1 für gesamten Vertrag; bei Hallesche, Nürnberger ist nur die Möglichkeit 1 auswählbar; bei AXA/DBV und INTER ist nur die Möglichkeit 2 auswählbar)

Möglichkeit 1:

- VP1** **VP2** Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1)

Möglichkeit 2:

- VP1** **VP2** Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigt der Versicherer 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)

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 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. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragsstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet beim jeweiligen Versicherer eingesehen oder dort angefordert werden (Kontaktadressen bzw. Internetadresse siehe Seite 12). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter 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.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz, Barmenia 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 durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in 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.

Die Sie betreuenden Vermittler können – falls erforderlich – zu vertragsbezogenen Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) 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 für bestimmte Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an die für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden beim dem Versicherer 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.

Weitere wichtige Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt der 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), der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Verhaltensregeln können Sie in der jeweils gültigen Fassung auf der Homepage der Gesellschaft nachlesen (Adresse siehe Seite 12).

Auf Wunsch sendet Ihnen der Versicherer einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln auch zu. Bitte wenden Sie sich dafür an die auf Seite 12 angegebene Post- oder E-Mailadresse des Versicherers.

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“ (Allianz, AXA/DBV und SDK; „Information zur Verwendung Ihrer Daten“; BK/UKV und R+V: „Merkblatt zur Datenverarbeitung“; Concordia: „Informationen zum Datenschutz“; Gothaer: „Datenschutz-Informationenblatt“; Hallesche: „Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung“; Continentale, HanseMerkur: „Datenschutzhinweise“).

Einwilligung in die Bonitätsauskunft (gilt für alle Versicherer (außer AXA/DBV und Würzburger); bei Allianz, ARAG, Barmenia, BK/UKV, Continentale, DKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, INTER, Nürnberger, uniVersa: nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung; bei DKV auch Krankentagegeldversicherung)

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

(Folgender Absatz gilt nur für AXA/DBV):

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“.

(Folgender Absatz gilt nur für DKV):

Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfung zu meiner Person übermittelten Ergebnisse während der ersten drei Jahre der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien erneut ausgewertet werden dürfen.

(Folgender Absatz gilt nicht für ARAG, Barmenia, SIGNAL IDUNA und BK/UKV):

Darüber hinaus willige ich jederzeit widerruflich ein, dass der jeweilige Versicherer im Rahmen der Geltendmachung von Ansprüchen auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses meine personenbezogenen Daten inklusive meiner nach §203 StGB geschützten Daten, jedoch ohne Gesundheitsdaten, an Auskunfteien übermittelt sowie dort meine Bonitätsdaten einholt und verarbeitet.

Welcher Versicherer welche Auskunftei nutzt, erfahren Sie bei den Gesellschaftsangaben auf der Seite 12. Dabei können die Auskunfteien dem Versicherer ergänzend einen aus Ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren [gilt nicht für Barmenia und uniVersa]). Zur Identifikation werden der vollständige Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien (z. B. Schufa Holding AG) 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 (gilt nicht für Hallesche und SIGNAL IDUNA).

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

Folgende Einwilligung gilt nur bei Beantragung der AXA/DBV und Hallesche:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung während der ersten fünf Jahre zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen sowie zur Überprüfung und Verbesserung der Annahmerichtlinien verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten in eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für den jeweiligen Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach §203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Der Versicherer weist ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung der Continentale:

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 Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der SCHUFA und infoscure Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Krankenversicherung a. G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsauskunft 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 Vertrages vor.

Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligung in die Übermittlung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten sowie die nach § 203 StGB geschützten Daten an den Vermittler und Concret

Einwilligung an den Vermittler (selbstständiger Versicherungsmakler)

Concret arbeitet mit selbstständigen Versicherungsmaklern zusammen, die Verträge vermitteln und bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge mitwirken. Teilweise erfolgt die Kommunikation des für Ihren Vertrag als Vertragspartner zuständigen Versicherers direkt über den Vermittler. Damit der Versicherer auch Ihrem Vermittler Angaben zu Ihrer Person, insbesondere Angaben zu Ihrer Gesundheit (z. B. Annahme von Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken) und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten übermitteln darf, ist Ihre Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht notwendig.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (gilt nicht für SIGNAL IDUNA) nicht nur an Concret, sondern auch an meinen zuständigen Berater übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, wenn dies zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen von der Schweigepflicht gegenüber meinem Berater.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass mein zuständiger Berater meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer übermitteln darf und die Daten von diesem verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Einwilligung an Concret

Concret wird bei der Angebotserstellung, Antragsabwicklung und Verwaltung der Versicherungsverträge durch die verticus Versicherungsservice GmbH unterstützt. Hierfür benötigt die verticus Versicherungsservice GmbH Informationen zu den vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre personenbezogenen Daten sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für die Weitergabe dieser Daten von Concret vom Versicherer und von Ihrem zuständigen Berater an die verticus Versicherungsservice GmbH wird Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigt.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass der Versicherer Concret und mein zuständiger Berater Angaben zu meiner Person, insbesondere Angaben zum Bestehen des Versicherungsverhältnisses, zu meiner Gesundheit und/oder erbrachten Leistungen (gilt nicht für SIGNAL IDUNA) an die verticus Versicherungsservice GmbH übermitteln und die Daten von dieser verarbeitet werden dürfen, wenn diese zu den oben genannten Zwecken erforderlich sind. Insofern befreie ich die für den Versicherer tätigen Personen, Concret und den für mich zuständigen Berater von der Schweigepflicht gegenüber der verticus Versicherungsservice GmbH.

Ferner willige ich jederzeit widerruflich ein, dass die verticus Versicherungsservice GmbH meine personenbezogenen Daten inklusive Gesundheitsdaten an den Versicherer, Concret und meinen Berater übermitteln darf und die Daten von diesen verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung.

Ihre personenbezogenen Daten können ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für die eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Versicherers und dessen Kooperationspartnern sowie zur Markt- und Meinungsforschung des Versicherers verwendet werden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Der Widerspruch ist z. B. per Brief, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an den Versicherer.

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person für die private Kranken-, Pflegepflicht- und Unfallversicherung

Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der auszustellende Versicherungsschein, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen in der Kranken- und Pflegepflichtversicherung in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und den Tarif- und Informationsblättern.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die zu den beantragten Tarifen geltenden Tarifbestimmungen, die Vertragsinformationen und Informationsblätter zu Versicherungsprodukten müssen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein zugewandt ist oder der Versicherer in Textform eine Annahme erklärt. Das Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir als Versicherer (nachfolgend der Versicherer genannt) Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten Fragen in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder 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 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 Versicherungsschutzes

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers (mit-)ursächlich war. Die 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 Wirkwerden 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 der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

Ferner ist bei den Gesellschaften Allianz, ARAG, BK, Continentale, DKV, MV, R+V, SDK, UKV ein Kündigungsrecht bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ausgeschlossen. 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.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag 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 Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Dies gilt auch, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es gilt weiterhin: sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

4. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte des Versicherers hat dieser die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Aus-

schlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Der Widerspruch ist z. B. per Brief, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an den Versicherer

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

Mitversicherung von Kindern

Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sind beitragsfrei versichert, wenn sie

- I) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
- II) nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind,
- III) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
- IV) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- V) kein monatliches Gesamteinkommen¹ haben, das 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2024: 505 EUR) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 8a SGB IV die Geringfügigkeitsgrenze (2024: 538 EUR) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte auf Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

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

Entsprechende Nachweise – wie Schulbescheinigungen, Uni-Bescheinigungen, Dienstbescheinigungen usw. – sind ggf. einzureichen.

¹ Erläuterungen zur Ermittlung des Gesamteinkommens

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter (auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob), Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb).

Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Bürgergeld, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

² Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen Sie Ihren Berater.

Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung für Ehepartner

Bei Ehegatten³ kann eine Begrenzung des für beide insgesamt zu zahlenden Beitrages auf 150 % der Höchstbeiträge zur sozialen Pflegepflichtversicherung unter folgenden Voraussetzungen zum Zuge kommen:

- beide Ehepartner³ sind privat pflegepflichtversichert und
- mindestens für einen Ehepartner³ besteht seit dem 1.1.1995 ununterbrochen eine private Pflegepflichtversicherung und
- das monatliche Gesamteinkommen eines Ehepartners³ übersteigt nicht 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2024: 505 EUR), bzw. übersteigt im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 8a SGB IV nicht die Geringfügigkeitsgrenze (2024: 538 EUR).

³ Entsprechendes gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften und eingetr. Lebenspartner gem. LPartG.

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

(Folgender Hinweis gilt nicht für 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 nachstehender Definition und ggf. spezifischen Regelungen von Versicherern handelt (bei BK/UKV und AXA/DBV sind nur Angehörige nach a), c) oder j) versicherbar; bei ARAG, Continentale, Gothaer, Münchener Verein, Nürnberger und R+V sind nur „dauerhafte“ Angehörige versicherbar).

Sog. „Dauerhafte“ Angehörige sind:

- a) der Ehegatte oder Lebenspartner gem. LPartG,⁵
- b) Verwandte und Verschwägerte gerader Linie (z. B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßeltern, Urenkel),^{4,5}
- c) Kinder (auch Adoptivkinder und auch nach Erlöschen der Adoption),
- d) Geschwister,⁴
- e) Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel),⁴
- f) Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen),⁴
- g) Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG der Geschwister sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG (Schwägerinnen und Schwäger),^{4,5}
- h) sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG verwandte Personen, z. B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Stiefeltern und Stiefkinder (= (Adoptiv-)Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners gem. LPartG (*gilt nicht für die Continentale*)).⁵

Sog. „nicht dauerhafte“ Angehörige sind

- i) Verlobte,
- j) Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- k) Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/Lebenspartners, der Ehegattin/Lebenspartnerin).⁶

⁴auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist.

⁵auch dann, wenn die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft gem. LPartG nicht mehr besteht.

⁶auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

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

Weitere Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen, auch bei Unternehmen der private Krankenversicherung, ist im Allgemeinen unerwünscht und für den/die Versicherungsnehmer/-in unzweckmäßig. Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Widerrufsrecht**Widerrufsbelehrung vor Antragstellung**

(Folgendes gilt für Barmenia, BK/UKV, Hallesche, HanseMerkur, INTER, Nürnberger, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA und uniVersa)

Sie können Ihren Antrag widerrufen. Die Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und -folgen erhalten Sie mit den Antragsunterlagen und/oder spätestens mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsbelehrung mit Zugang des Versicherungsscheins

(Folgendes gilt für Allianz, ARAG, AXA/DBV, Barmenia, Concordia, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein)

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

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

zum Antrag vom

Ich ermächtige die angekreuzten Zahlungsempfänger, Zahlungen (Für die Allianz gilt: Insbesondere auch für Zinsen, Gebühren) für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen (für die AXA gilt: Sofern gewünscht, kann dieses Mandat für weitere Verträge des Zahlungspflichtigen im Hause der AXA genutzt werden). Zugleich **weise ich** mein Geldinstitut **an**, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens fünf (bei BK und UKV drei, bei Continentale, SIGNAL IDUNA und Würzburger einen) Kalendertag(e) vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

Versicherungsnehmer (VN)

Wichtig: Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

Versicherungsnehmer (VN)

Name, Vorname
(bzw. Firma)

Kontoinhaber

Name, Vorname
(bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße,
Hausnummer

PLZ, Ort

Bankverbindung

Geldinstitut

IBAN

BIC

(nicht erforderlich bei Geldinstituten mit Ländercode DE)

Zahlungsweise

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

Zahlungsempfänger

Bitte zutreffende Gesellschaft ankreuzen:

Zahlungsempfänger und Gläubiger-Identifikationsnummer

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allianz Private Krankenversicherungs-AG
DE40ZZZ00000063851 | <input type="checkbox"/> Gothaer Krankenversicherung AG
DE52ZZZ00000070522 | <input type="checkbox"/> R+V Krankenversicherung AG
DE1500800000136566 |
| <input type="checkbox"/> ARAG Krankenversicherungs-AG
DE70ZZZ00000009476 | <input type="checkbox"/> Hallesche Krankenversicherung a. G.
DE89ZZZ00000031444 | <input type="checkbox"/> SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
DE81ZZZ00000103174 |
| <input type="checkbox"/> AXA Konzern AG
DE23ZZZ00000066097 | <input type="checkbox"/> HanseMerkur Versicherungen (GbR)
zugunsten der
HanseMerkur Krankenversicherung AG
DE74ZZZ00000066149 | <input type="checkbox"/> Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
DE62SDK00000062000 |
| <input type="checkbox"/> Barmenia Krankenversicherung AG
DE38ZZZ00002227957 | <input type="checkbox"/> INTER Krankenversicherung AG
DE84ZZZ00001899172 | <input type="checkbox"/> Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419 |
| <input type="checkbox"/> Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK00000156985 | <input type="checkbox"/> Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
DE76ZZZ00000035752 | <input type="checkbox"/> uniVersa Lebensversicherung a. G.
im Namen und auf Rechnung der
uniVersa Krankenversicherung a. G.
DE16ZZZ00000102598 |
| <input type="checkbox"/> Concordia
DE05CON00000154303 | <input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Krankenversicherungs AG
DE14ZZZ00000057335 | <input type="checkbox"/> Würzburger Versicherungs-AG
DE30ZZZ00000030954 |
| <input type="checkbox"/> Continentale Krankenversicherung a. G.
DE95ZZZ00000053646 | <input type="checkbox"/> ottonova Krankenversicherung AG
DE23ZZZ00002016282 | |
| <input type="checkbox"/> DKV Deutsche Krankenversicherung AG
DE95ZZZ00000012130 | | |

Unterschrift Kontoinhaber

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab Gültigkeitsbeginn:

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift)

X

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; www.pkv-ombudsmann.de

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; www.versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; www.bafin.de

Anschriften der Auskunfteien der Versicherungsunternehmen

Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstr. 30, 10317 Berlin

Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln

Infoscuro Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr. 12, 41460 Neuss

Anschrift und Rechtsform der Versicherungsunternehmen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München; E-Mail: krankenversicherung@allianz.de; Vorstand: Dr. Jan Esser (Vors.), Dr. Klaus Berge, Tina Maric, Dr. Thomas Wiesemann; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus-Peter Röhler; Amtsgericht München, HRB 2212; USt-ID-Nr.: DE 811239569;

www.allianz.de/datenschutz

Nutzung Auskunftei: SCHUFA

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München; Telefax: 089 / 41 24 95 25; E-Mail: service@arag.de; Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Jan Moritz Freyland, Dr. Felicitas Hoppe, Dr. Roland Schäfer; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender; Amtsgericht München, HRB 69751; USt-ID-Nr.: DE 811322452;

www.arag.de/datenschutzerklaerung

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln; Telefax: 0221 / 14 84 19 14; E-Mail: service@axa.de; Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Irina Buchmann, Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Sirka Laudon, Stephanie Peterson, Dr. Marc Daniel Zimmermann; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679;

www.axa.de

Nutzung Auskunftei: SCHUFA, Creditreform Köln

Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1, 42094 Wuppertal; Telefax: 0202 / 4 38 28 46; E-Mail: info@barmenia.de; Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß (stv. Vors.), Christian Ritz; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann; Amtsgericht Wuppertal, HRB 28475; USt-ID-Nr.: DE 121102508;

www.datenschutz.barmenia.de

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)

Maximilianstraße 53, 81537 München; Telefax: 0 89 / 21 60-80 01; Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vors.), Martin Fleischer, Katharina Jessel; Aufsichtsratsvorsitzende: Andreas Kolb; AG München, HRB 111650; USt-ID-Nr.: DE 245885569;

www.vkb.de/web/html/pk/ihre_vkb/unternehmen/konzern/dienstleister

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover; Telefax: 05 11 / 57 01 11 41; E-Mail: kv@concordia.de; Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf (Vors.), Johannes Grale, Dirk Gronert, Henning Mettler, Julia Palte; Amtsgericht Hannover HRB 3461; USt-ID-Nr.: DE 115658106;

www.concordia.de

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 9 19 32 55; E-Mail: info@continentale.de; Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vors.), Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel; Aufsichtsratsvorsitzender: Rolf Bauer; Amtsgericht Dortmund, HRB 2271; USt-ID-Nr.: DE 124906368;

www.continentale.de/dienstleisterliste

Nutzung Auskunftei: Infoscuro, SCHUFA

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG; Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 3 63 65 65; E-Mail: info@dbv.de; Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Irina Buchmann, Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Sirka Laudon, Stephanie Peterson, Dr. Marc Daniel Zimmermann; Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta; Amtsgericht Köln, HRB 1012; USt-ID-Nr.: DE 122786679;

www.dbv.de

Nutzung Auskunftei: SCHUFA, Creditreform Köln

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Str. 300, 50933 Köln; weitere Postanschrift: Stresemannstr. 111, 10963 Berlin; Vorstand: Frauke Fiegl (Vors.), Nina Henschel, Christoph Klawunn, Heiko Stüber; Aufsichtsratsvorsitzender: Theodoros Kokkalas; Amtsgericht Köln, HRB 570; USt-ID-Nr.: DE 123489120;

www.ergo.de/de/service/service/rechtliche_hinweise

Nutzung Auskunftei: Infoscuro, SCHUFA

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln; Telefax: 0221 / 30 81 03; E-Mail: info@gothaer.de; Vorstand: Dr. Sylvia Eichelberg (Vors.), Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Harald Ingo Epple, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg; Amtsgericht Köln, HRB 35505; USt-ID-Nr.: DE122786611;

www.gothaer.de/datenschutz

Nutzung Auskunftei: SCHUFA

Hallesche Krankenversicherung a. G.

Löffelstr. 34-38, 70597 Stuttgart; Telefax: 0711 / 6 60 33 33; E-Mail: service@hallesche.de; Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann; Amtsgericht Stuttgart, HRB 2686; USt-ID-Nr.: DE 147802285;

www.hallesche.de/dienstleisterliste

Nutzung Auskunftei: SCHUFA

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg; Telefax: 040 / 41 19 32 57; E-Mail: info@hansemerkur.de; Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehes, Johannes Ganser, Raik Mildner; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent; Amtsgericht Hamburg, HRB 101967; USt-ID-Nr.: DE259608010;

www.hansemerkur.de/datenschutz/information

Nutzung Auskunftei: SCHUFA

INTER Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; Telefax: 0621 / 42 79 44; E-Mail: info@inter.de; Vorstand: Roberto Svenda (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael Schillinger; Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas; Amtsgericht Mannheim, HRB 723887; USt-ID-Nr.: DE 167724895;

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Pettenkofer Straße 19, 80336 München; Telefax: 089 / 51 52 15 01; E-Mail: info@muenchenerverein.de; Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller; Aufsichtsratsvorsitzender: Franz Xaver Peteranderl; Amtsgericht München, HRB 764; USt-ID-Nr.: DE 129273592;

www.muenchener-verein.de

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Nürnberger Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg; Telefax: 0911 / 5 31 32 06; E-Mail: info@nuernberger.de; Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb; Aufsichtsratsvorsitzende: Katja Briones-Schulz; Amtsgericht Nürnberg, HRB 10668; USt-ID-Nr.: DE 81 14 61 880;

<http://www.nuernberger.de/datenschutz>

Nutzung Auskunftei: Infoscuro, Verband der Vereine Creditreform

ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München; Telefax: 089 / 26 20 98 130; E-Mail: antrag@ottonova.de; Vorstand: Dr. Bernhard Brühl (Vors.), Jesko David Kannenberg, Christopher Koker; Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. med. Roman Rittweger; Amtsgericht München, HRB 227378; USt-ID-Nr.: DE 307947610;

www.ottonova.de/Dienstleisterliste.pdf

Nutzung Auskunftei: SCHUFA

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden; Telefax: 0611 / 5 33 56 84; E-Mail: gesundheit@ruv.de; Vorstand: Claudia Andersch (Vors.), Stefan Huhn, Dr. Mathias Ising; Aufsichtsratsvorsitzender: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger; Amtsgericht Wiesbaden, HRB 7094; USt-ID-Nr.: DE 114106943;

www.bdsgruv.de

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund; Telefax: 0231 / 1 35 46 38; E-Mail: info@signal-iduna.de; Vorstand: Ulrich Leitermann (Vors.), Martin Berger, Dr. Stefan Kutz, Dr. Stefan Lemke, Johannes Rath, Daniela Rode, Torsten Uhlig, Clemens Vatter; Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte; Amtsgericht Dortmund, HRB 2405; USt-ID-Nr.: DE 124906350;

www.signal-iduna.de/dienstleisterliste

Nutzung Auskunftei: Infoscuro, Creditsafe

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach, Telefax: 0711 7372 7240; E-Mail: sdk@sdk.de; Vorstand: Dr. Ulrich Mitzlaff (Sprecher des Vorstands), Olaf Engemann, Ralf Oestereich, Dr. Gerd Sautter; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher; Amtsgericht Stuttgart, HRB 263277; USt-ID-Nr.: DE147802210;

www.sdk.de

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Union Krankenversicherung AG (UKV)

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken; Telefax: 0681 / 8 44 25 09; E-Mail: service@ukv.de; Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vors.), Martin Fleischer, Katharina Jessel; Aufsichtsratsvorsitzende: Andreas Kolb; Registergericht Saarbrücken, HRB 7184; USt-ID-Nr.: DE 138118055;

www.ukv.de/content/ueber_uns/datenschutz

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

uniVersa Krankenversicherung a. G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg; Telefax 0911 / 53 07 17 88; E-Mail: info@universa.de; Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Karl Weiler; Registergericht Nürnberg, HRB 540; USt-ID-Nr.: DE 133500930;

www.universa.de/datenschutz

Nutzung Auskunftei: Infoscuro

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg; Telefax: 0931 / 2 79 52 90; E-Mail: info@wuerzburger.com; Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Pavel Berkovitch; Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne; Amtsgericht Würzburg, HRB 3500; USt-ID-Nr.: DE 813841940;

www.wuerzburger.com/datenschutz

Nur bei ottonova

Für ottonova verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon

E-Mail Person 1*

E-Mail Person 2*

Anzahl der Mitarbeiter**

Digitale Kommunikation: Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von ottonova. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für den digitalen Datenaustausch:

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (insbes. Assisteure)

ottonova führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung via Telefon, Chat oder anderen digitalen Kommunikationsmitteln, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ottonova-Gruppe oder einer anderen Stelle (insbes. den sog. Assisteuren). Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt ottonova Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

ottonova setzt für den Kunden-Service unter anderem auch Assisteure ein. Diese erbringen medizinische Assistance-Dienstleistungen, wie z.B. das Gesundheitstelefon, Online-Chats, Arzt-Termin-Services und sonstige Serviceleistungen. Die Assisteure und die ihnen jeweils übertragene(n) Aufgabe(n) sind in der unten genannten Liste der Dienstleister aufgeführt.

ottonova stellt für den digitalen Austausch von Daten zwischen Versicherungsnehmer und ottonova und/ oder den anderen Stellen (insbes. den Assisteuren) mit der App eine zentrale Kommunikationsplattform zur Verfügung. Die Datenübermittlung an die Assisteure kann daher auch in der Form einer Weitergabe von in der App gespeicherten Daten (siehe hierzu nächster Absatz) erfolgen.

ottonova führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ottonova erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste wird dem Kunden bei Antragsstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ottonova.de eingesehen oder beim ottonova Customer Support, Ottostr. 4, 80333 München, Servicetelefon +49 89 12140712, (support@ottonova.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt ottonova Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass ottonova 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 ottonova dies tun dürfte. In diesem Umfang und für diese Zwecke dürfen die in der Liste genannten Stellen auch in der App abgelegte Gesundheitsdaten erhalten. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ottonova-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenübermittlung und -speicherung über die App als zentrale Kommunikationsplattform

Als digitale private Krankenversicherung bietet ottonova bestimmte Leistungen über die App an. Diese Leistungen (im Folgenden „App-Services“ genannt) umfassen insbesondere

- den 24/7 Concierge Service (zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit und die ottonova-Versicherung),
- medizinische Beratung (per Telefon, Videoberatung oder Online-Chat),
- individuelle Vorsorge-Erinnerungen,
- Recherche von Ärzten und Terminvereinbarung,
- die Speicherung wichtiger gesundheits- bzw. versicherungsbezogener Ereignisse (z. B. Arztbesuche) und dazugehöriger Dokumente in der sog. „Timeline“,
- die Dokumenten-Übermittlungsfunktion an ottonova (z. B. Einreichen gescannter Rechnungen oder Arztbriefe).

ottonova führt einige der genannten Leistungen nicht selbst durch. Soweit andere Stellen (insb. externe Assistance- oder IT-Dienstleister) im Auftrag der ottonova an der Erbringung von Leistungen über die App mitwirken, ist dies aus der in Ziff. 1 genannten Liste ersichtlich. Die Nutzung der App-Services durch den Versicherungsnehmer erfordert die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 des Strafgesetzbuches geschützter Daten, nämlich:

- Gesprächsinhalte aus Chatverläufen mit medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Mitschriften und Gesprächsnotizen von medizinischem Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern) oder Ärzten,
- Ergebnisse aus medizinischen Recherchen (z. B. Arztsuche),
- gesundheits- bzw. versicherungsbezogene Ereignisse (z. B. Arztbesuche, Weiterleitung zu Fachärzten, Terminvereinbarung) sowie damit zusammenhängende digitale Dokumente (z. B. Arztbriefe),
- Gesundheitsdaten in vom Versicherungsnehmer hochgeladenen Dokumenten (z. B. gescannten Rechnungen)

Die Daten werden auf den Servern der ottonova gespeichert.

Ich willige ein, dass die gemäß der Dienstleisterliste an der Erbringung der App-Services mitwirkenden Stellen die im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungserbringung anfallenden oben beschriebenen Gesundheitsdaten an ottonova übermitteln und in der App zum Zweck der Erbringung der App-Services speichern dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter dieser Stellen im Hinblick auf diese Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht. Die Weitergabe der in der App gespeicherten Daten von ottonova an andere Stellen und der Zugriff auf diese Daten durch andere Stellen richtet sich nach Ziff. 1.

Nur bei AXA

Tarif ActiveMe

Für AXA Tarif ActiveMe verpflichtend vom VN zu beantworten

Mobiltelefon (Deutsche Nummer)

E-Mail

Identifikation für unsere Portale Personalausweis (deutsch) Reisepass (deutsch)
 Sonstiges (für Ausweisnummer ausländischer Kunden)

Ausweisnummer Gültig bis (Tag/Monat/Jahr)

Ausstellende Behörde

Digitale Kommunikation: Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht. Ihre E-Mailadresse nutzen wir ebenfalls für die Kommunikation mit Ihnen.

Nur bei HanseMerkur

Tarif AZP

Ich entscheide mich für die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als Beitragstundung garantierte Beitragsrückerstattung

Nur bei

Continental

Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung

Bitte beachten Sie Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 9. des Antrags“.

Fehlzeiten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren

nein ja, von bis Anzahl AU-Tage

Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen

Unterschrift(en)

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, unterschrieben werden.

 Ort, Datum Unterschrift(en) des Antragstellers

Detailangaben zu den Fragen 2 bis 12 – Zusatzblatt

**Detailangaben
zu den
Fragen 2 bis 12**

Wenn eine der Fragen mit »ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Person	Frage Nr.	Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	



Klick auf das Icon
führt zurück zu
den Detailfragen
(Seite 4)

Unterschrift(en)

Das Beiblatt muss von allen Personen ab 16 Jahren, die nähere Angaben machen, unterschrieben werden.

X

Ort, Datum

Unterschrift(en)