Antrag auf Krankenversicherung

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

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

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

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:

DBV

alle Eingaben löschen

Antrag auf Krankenversicherung bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherungs AG 27931001 (02.23)

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Orga-/Agenturnummer 0|0 | Org.KZ | Motiv | ☐ PV ☐ AF ☐ ÖD ☐ GM GSG | ZUW | Versicherungsnummer | SV-VK-Nr. | ☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag

Interne Vermittlernummer

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in

☐ Herr ☐ Frau | Name | Vorname | Titel

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

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr. | PLZ | Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche | Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) | Staatsangehörigkeit

Telefon* | Telefax* | E-Mail*

* freiwillige Angabe

☐ **Privatwirtschaft** ☐ **Öffentlicher Dienst** ☐ Arbeiter/-in/Angestellte/-r ☐ Hausfrau/-mann ☐ Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) ☐ Heilberufe ☐ Bundeswehr ☐ Sonstige ☐ Selbstständige/-r/Freiberufler/-in ☐ Student/-in/Schüler/-in

Für ActiveMe verpflichtend zu beantworten – für alle anderen sinnvoll!

Mit unseren Portalen ist Ihre Krankenversicherung immer dort, wo Sie gerade sind. Ob auf Ihrem PC oder als App auf Ihrem Smartphone – Sie haben Ihre Versicherung jederzeit im Blick und können vieles ganz bequem online erledigen (z. B. Ihre Arztrechnungen einreichen).

Mobiltelefon | 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.

AXA/DBV-Vorversicherung

Sind oder waren Sie/die zu versichernden Personen bereits bei AXA/DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? ☐ ja ☐ nein | Versicherungsnummer

Zu versichernde Personen

1. Person ☐ männlich ☐ weiblich

Name

Geburtsname* (sofern abweichend von Namen)

Vorname/n (alle Vornamen*)

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) | Geburtsort*

Staatsangehörigkeit

* nur bei Beantragung der Tarife ActiveMe und GEPV (Pflege Bahr) erforderlich

ausgeübte berufliche Tätigkeit

Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende Tag/Monat/Jahr

Voraussichtliches Studienende Tag/Monat/Jahr

Voraussichtlicher Verbeamtungstermin Tag/Monat/Jahr

☐ **Privatwirtschaft** ☐ **Öffentlicher Dienst**
☐ Arbeiter/-in/Angestellte/-r ☐ Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr)
☐ Bundeswehr ☐ Hausfrau/-mann
☐ Heilberufe ☐ Sonstige
☐ Selbstständige/-r/Freiberufler/-in ☐ Student/-in/Schüler/-in

Tag/Monat/Jahr
– selbstständig seit

– Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter

2. Person ☐ männlich ☐ weiblich

Name

Geburtsname* (sofern abweichend von Namen)

Vorname/n (alle Vornamen*)

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) | Geburtsort*

Staatsangehörigkeit

ausgeübte berufliche Tätigkeit

Voraussichtliches Ausbildungs-/Referendariatsende Tag/Monat/Jahr

Voraussichtliches Studienende Tag/Monat/Jahr

Voraussichtlicher Verbeamtungstermin Tag/Monat/Jahr

☐ **Privatwirtschaft** ☐ **Öffentlicher Dienst**
☐ Arbeiter/-in/Angestellte/-r ☐ Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr)
☐ Bundeswehr ☐ Hausfrau/-mann
☐ Heilberufe ☐ Sonstige
☐ Selbstständige/-r/Freiberufler/-in ☐ Student/-in/Schüler/-in

Tag/Monat/Jahr
– selbstständig seit

– Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter

Angehörigkeit im Sinne des § 15 AO oder des § 7 Abs. 3 PflegeZG (siehe Anhang)

Sofern die versicherte Person vom Antragsteller abweicht: Wichtige Angabe zur Ausnahme von der Besteuerung nach § 4 Nr. 5 b Versicherungsteuergesetz

Der Antragsteller bestätigt, dass er ein naher Angehöriger der zu versichernden Person gemäß § 15 Abgabenordnung oder § 7 Abs.3 Pflegezeitgesetz ist.

1. Person ☐ Ja ☐ Nein | **2. Person** ☐ Ja ☐ Nein

Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name | Vorname

Information zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) an die Finanzbehörden zu übermitteln. Erfolgt keine Angabe der Steuer-ID, wird diese von der AXA Krankenversicherung ermittelt.

Antragsteller/Versicherungsnehmer	**1. Person**	**2. Person**
Steuer-ID (11-stellig)	**Steuer-ID** (11-stellig)	**Steuer-ID** (11-stellig)

Information zum Beitragseinzug

IBAN | BIC

☐ Antragsteller ist Beitragszahler und beigefügtes/bestehendes SEPA-Lastschriftmandat soll genutzt werden.

☐ Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Beitragszahler

Name | Vorname

☐ monatlich (1. des Monats) ☐ monatlich (15. des Monats) ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ jährlich

Versicherungsbeginn

1. Person Datum (Tag/Monat/Jahr) | **2. Person** Datum (Tag/Monat/Jahr)

Welche Tarife sollen versichert werden?

1. Person Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag	**2. Person** Tarife	Beitrag in EUR	gesetzl. Zuschlag
1. Person Summe * Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)	0,00	0,00	**2. Person Summe** * Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)	0,00	0,00

Gesamtbeitrag für alle Personen (inkl. gesetzlichem Zuschlag): 0,00

Für Tarif Vision B **Bitte die Zusatzerklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen beachten**

Für Tarif ActiveMe-U(A) und die Tarifreihe EL einschließlich EL Bonus-U(A)

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

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

Angaben zum/zur Hausarzt/Hausärztin für Tarife EL einschließlich EL Bonus-U(A)

Ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Internist/Internistin? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben

Name | Straße, Haus-Nr.

PLZ | Ort

Seit wann sind Sie dort Patient/in? Monat/Jahr

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben

Name | Straße, Haus-Nr.

PLZ | Ort

Seit wann sind Sie dort Patient/in? Monat/Jahr

Für Krankentagegeldtarife bitte angeben

Höhe des regelmäßigen **monatlichen** Bruttoeinkommens (Angestellte)/ Gewinns vor Steuern (Selbstständige) in EUR (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsrückseite)

Anspruch auf Gehaltsfortzahlung ☐ Ja, Wochen ☐ Nein

Höhe des regelmäßigen **monatlichen** Bruttoeinkommens (Angestellte)/ Gewinns vor Steuern (Selbstständige) in EUR (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s.a. Antragsrückseite)

Anspruch auf Gehaltsfortzahlung ☐ Ja, Wochen ☐ Nein

Vorversicherungen (bitte lückenlose Angabe)

1.) Krankheitskostenvollversicherung

Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenheitskostenvollversicherung? ☐ ja ☐ nein

Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.

	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
☐ GKV			
☐ PKV			
☐ Heilfürsorge			

Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet?

☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherer

Beendigungsgrund:

Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? ☐ ja ☐ nein

1.) Krankheitskostenvollversicherung

Bestand in den letzten 12 Monaten durchgehend eine deutsche Krankenheitskostenvollversicherung? ☐ ja ☐ nein

Bitte geben Sie die genauen Vorversicherungsdaten an.

	Name des Versicherers	Beginn (Tag/Monat/Jahr)	Ende (Tag/Monat/Jahr)
☐ GKV			
☐ PKV			
☐ Heilfürsorge			

Von wem wurde oder wird der Vertrag beendet?

☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherer

Beendigungsgrund:

Besteht oder bestand in den letzten 12 Monaten beim Vorversicherer Beitragsrückstand? ☐ ja ☐ nein

Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name | Vorname

Vorversicherungen (bitte lückenlose Angabe)

2.) Pflegepflichtversicherung
Sofern abweichend zur Krankenversicherung und bei Heilfürsorge
Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert? Bei weiterhin bestehender deutscher Pflegepflichtversicherung (bitte Nachweis einreichen)
Name des Versicherers
Beginn (Tag/Monat/Jahr) | Ende (Tag/Monat/Jahr)

2.) Pflegepflichtversicherung
Sofern abweichend zur Krankenversicherung und bei Heilfürsorge
Bei welchen Unternehmen/welchen Pflegekassen waren Sie bisher pflegepflichtversichert? Bei weiterhin bestehender deutscher Pflegepflichtversicherung (bitte Nachweis einreichen)
Name des Versicherers
Beginn (Tag/Monat/Jahr) | Ende (Tag/Monat/Jahr)

Weiterhin bestehende Versicherungen

Zusatzversicherungen
(z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz)
Versicherungsart | Versicherer

Tagegeldversicherungen
(z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagegeldhöhe angeben.
Versicherungsart | Tagegeldhöhe | Versicherer

Zusatzversicherungen
(z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz)
Versicherungsart | Versicherer

Tagegeldversicherungen
(z. B. Krankenhaustagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegetagegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagegeldhöhe angeben.
Versicherungsart | Tagegeldhöhe | Versicherer

Nur anzugeben/ zu beantworten, wenn der Tarif GEPV (PflegeBahr) beantragt wird

Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer)
Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? ☐ ja ☐ nein

Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer)
Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? ☐ ja ☐ nein

Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitzuversichernde Kinder/ Jugendliche)

1. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommensgrenze und zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung.
Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt (s. a. Antragsrückseite)
☐ Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
☐ bis 485 EUR ☐ über 485 EUR bis 520 EUR ☐ über 520 EUR
Geringfügige Beschäftigung? ☐ ja ☐ nein

☐ Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
☐ bis 485 EUR ☐ über 485 EUR bis 520 EUR ☐ über 520 EUR
Geringfügige Beschäftigung? ☐ ja ☐ nein

Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitzuversichernde Ehegatten/eingetragene Lebenspartner)

2. Zusätzliche Fragen, wenn eine Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommensgrenze und zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung.

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

2.2. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in/eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist.
Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in
von/bis (Tag/Monat/Jahr) | Versicherungsunternehmen
(Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsrückseite Pflegepflichtversicherung/Fremdversicherungsnachweis – ist einzureichen)

Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in
von/bis (Tag/Monat/Jahr) | Versicherungsunternehmen

Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in/eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s. a. Antragsrückseite)
☐ Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
☐ bis 485 EUR ☐ über 485 EUR bis 520 EUR ☐ über 520 EUR
Geringfügige Beschäftigung? ☐ ja ☐ nein

☐ Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen
☐ bis 485 EUR ☐ über 485 EUR bis 520 EUR ☐ über 520 EUR
Geringfügige Beschäftigung? ☐ ja ☐ nein

Angaben zum Gesundheitszustand

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

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

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

1. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angeraten?
☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein
Bitte geben Sie die Dioptrien an. L R | L R

2. Wurden Sie untersucht, behandelt oder beraten?

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

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

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

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

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

Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name _____ Vorname _____

Angaben zum Gesundheitszustand

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

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und Optionstarife

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

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

☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

8b. Tragen Sie eine Schiene? ☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte das Zutreffende an

☐ Aufbissschiene
☐ Knirscherschiene
☐ Protrusionsschiene

☐ Aufbissschiene
☐ Knirscherschiene
☐ Protrusionsschiene

8c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?

☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein

Hinweis

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

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

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

1. Person

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

2. Person

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

Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen

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

Bemerkungen/ Vereinbarungen

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer" oder „Versicherung" bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, 65172 Wiesbaden oder per Fax an 0221 - 148 41914 oder per E-Mail an info@dbv.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

– durch den Versicherer selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

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

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

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

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

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

Wir, der Versicherer, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dbv.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

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

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

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

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

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“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten förderlich, sodass wir auf Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

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

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

Ausgehändigte Unterlagen

Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten.

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

✗ _____

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den nachfolgenden Seiten in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr)

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

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

1. **Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.**
2. **Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.**
3. **Ich erhalte keine Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung und habe solche auch nicht in der Vergangenheit bezogen. Desweiteren ruhen entsprechende Leistungen auch nicht, weil ich Leistungen anderer staatlicher/öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, vorrangig erhalte oder erhalten habe.**

   <u>Verpflichtungserklärung</u>

   Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, unverzüglich mitzuteile**n.**

   Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Riester-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagennummer abzufragen.

Wartezeitverzicht im Tarif GEPV (Pflege-Bahr)

Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge VARIO

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

Mir ist bekannt, dass nur unter diesen Voraussetzungen die Wartezeiten in der zeitgleich beantragten Pflegezusatzversicherung GEPV entfallen.

Eine Bestätigung über den Entfall der Wartezeiten erhalte ich von AXA noch einmal mit dem Versicherungsschein.

Unterschriften (gelten auch für die Ermächtigung/ Erklärung bezogen auf den Tarif GEPV (Pflege-Bahr)

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Datum (Tag/Monat/Jahr) |_|_|_|_|_|_|_|_|

Unterschrift Antragsteller/-in, Versicherungsnehmer/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

✗ _____

✗ _____

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

und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

✗ _____

✗ _____

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

Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name

Vorname

Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch

1. Person

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Dienstherr

Beihilfestatus*) VP1

Beihilfevorschrift**) VP1

Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)

Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat Jahr

2. Person

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Dienstherr

Beihilfestatus*) VP2

Beihilfevorschrift**) VP2

Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen)

Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat Jahr

Hinweis zu *) **) : Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzerklärung dargestellt haben.

Nur für Beamte der Deutschen Bundesbahn und deren Familienangehörige

Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage:

In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB?

☐ Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen

☐ Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)

Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage:

In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB?

☐ Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen

☐ Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)

Soldaten/Zeitsoldaten

Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8)

_____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr)

Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8)

_____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr)

Auslandseinsatz/ Tätigkeit im Ausland

Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt?

☐ ja ☐ nein

Wo? von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr)

Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen?

☐ ja ☐ nein

Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich).

Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt?

☐ ja ☐ nein

Wo? von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr)

Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen?

☐ ja ☐ nein

Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich).

Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann?

Für Antragsteller:innen mit Beihilfe des Landes Hessen

Ich beantrage für mich (Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in) bereits jetzt für die Zeit nach Beendigung der Anwärter-/Referendarzeit (Ausbildung zum Beamten / zur Beamtin) zu dem im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ dieses Antrages genannten voraussichtlichen Ausbildungs-/Referendariatsende die Erhöhung der tariflichen Erstattungssätze in den beantragten Tarifen (s. Abschnitt „Welche Tarife sollen versichert werden?“) gemäß den dann geltenden Beihilfebemessungssätzen des Landes Hessen *.

Sollte die Anwärter-/Referendarzeit zu einem anderen als im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ genannten Zeitpunkt enden, gilt das vorgenannte Einverständnis für den neuen, tatsächlichen Beendigungstermin der Ausbildung. Die tariflichen Erstattungssätze in Höhe von 30 % (ambulante, zahnärztliche Behandlungen) bzw. 15 % (stationäre Behandlungen) werden in diesem Fall bis zum neuen, tatsächlichen Ausbildungsende fortgeführt. Für den Ausbildungsbeitrag gelten die tariflichen Bestimmungen.

Diesen Antrag stelle ich auch in Hinblick auf meine gegebenenfalls von der Änderung des Beihilfebemessungssatzes betroffenen mitversicherten Familienangehörigen.

Sollten Sie mit der vorgenannten Regelung nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Kästchen an.

☐ Nein, ich möchte den vorgenannten Antrag zum jetzigen Zeitpunkt nicht stellen.

Das Recht auf Vertragsanpassungen nach § 199 VVG bei Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe bzw. bei sonstigen Änderungen des Beihilfebemessungssatzes auch nach Ausbildungsende innerhalb der gesetzlichen Antragsfristen sowie auf die Kündigung des Vertrages insgesamt nach § 205 (3) VVG bleibt Ihnen in jedem Falle erhalten – unabhängig davon, ob Sie mit der vorgenannten Regelung einverstanden sind oder nicht.

Hinweis: Sofern ich mein Einverständnis nicht erteile, wird mein Vertrag bei Beendigung der Ausbildung in den Normalbeitrag umgestellt ohne Änderung der tariflichen Erstattungssätze. Dadurch besteht dann in der Regel kein ausreichender Versicherungsschutz mehr. Eine spätere Erhöhung der tariflichen Erstattungssätze wäre nur mit aktueller Risikoprüfung möglich, wenn der entsprechende Antrag erst mehr als 6 Monate nach Änderung der Beihilfebemessungssätze zugeht.

* Nach aktuell geltender Beihilferegelung gilt ein Bemessungssatz von 50 % für ambulante und zahnärztliche Behandlungen bzw. von 65 % für stationäre Behandlungen im Krankenhaus inklusive für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei Zahlung des monatlichen Eigenanteils von 18,90 EUR an den Dienstherrn. Der Bemessungssatz erhöht sich je berücksichtigungsfähigem Familienangehörigen in der Beihilfe um 5 % auf max. 70 % ambulant/zahn bzw. 85 % stationär.

Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWFH (gilt nur für Lehramtsstudenten und Lehrer nach Beendigung des Referendariats)

Hiermit erkläre ich Folgendes

Name, Vorname der zu versichernden Person

Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert.

Hiermit erkläre ich Folgendes

Name, Vorname der zu versichernden Person

Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert.

Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-N bzw. Vision B-U, BN3 bzw.BN3/1-N bzw. BN3/1-U, BN3/2-N bzw. BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ

Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen)

Name, Vorname der zu versichernden Person

☐ Nichtraucher/-in ☐ Raucher/-in ☐ Sehhilfen

Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen)

Name, Vorname der zu versichernden Person

☐ Nichtraucher/-in ☐ Raucher/-in ☐ Sehhilfen

Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder mittels E-/Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Tabakerhitzer oder auf sonstige Weise Tabak/Nikotin konsumiert hat und für die Zukunft auch nicht beabsichtigt. Als Raucher/-in bzw. Tabak/Nikotinkonsument/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17 % des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20 % für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.

Werde ich nach Vertragsabschluss Tabak- oder Nikotinkonsument/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.

Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name

Vorname

Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U bzw. BN HF-UZ und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in

Tarif Vision B, Vision B-N Vision B-U		**Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U,BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ**		**Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U**		**Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N**	
mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:				**mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:**			
00	7,00 EUR			30 15	2,10 EUR	30	0,56 EUR
50-U, 50T, 50-NT, 50T-U	3,50 EUR	50	0,40 EUR	35 20	2,45 EUR	35	0,52 EUR
30	2,10 EUR	30	0,56 EUR	35	2,45 EUR	35	0,52 EUR
20	1,40 EUR	20	0,64 EUR	40 25	2,80 EUR	40	0,48 EUR
15	1,05 EUR	15	0,68 EUR	40	2,80 EUR	40	0,48 EUR
10	0,70 EUR	10	0,72 EUR	45 30	3,15 EUR	45	0,44 EUR
20 15	1,40 EUR	20	0,64 EUR	45	3,15 EUR	45	0,44 EUR
25 15	1,75 EUR	25	0,60 EUR	50 35	3,50 EUR	50	0,40 EUR
25	1,75 EUR	25	0,60 EUR	50	3,50 EUR	50	0,40 EUR
		BN-HF-UZ	0,80 EUR				

(Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 0,56 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 0,40.)

Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen

Unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht die private Krankenversicherung (PKV) Beamten, Beamten auf Widerruf (z. B. Referendare, Beamtenanwärter), Beamtenanfänger und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung über die sogenannten Öffnungsaktionen (nähere Informationen finden Sie im Internetauftritt des PKV-Verbandes https://www.pkv.de/service/broschueren/). Dieser erleichterte Zugang bedeutet einen Annahmezwang und keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie die Begrenzung von Zuschlägen zum Ausgleich erhöhter Risiken auf maximal 30 % des tariflichen Beitrages. Wenn Ihr Antrag auf dieser Basis bearbeitet werden soll und innerhalb von sechs Monaten ab dem zugangsberechtigenden Ereignis (z. B. Verbeamtung auf Widerruf bzw. auf Probe) gestellt ist, vermerken Sie dies bitte gesondert im Antrag (z. B. im Abschnitt „Bemerkungen/Vereinbarungen“). Bitte beachten Sie dabei, dass der Zugang über die Öffnungsaktionen auch nachteilig sein kann, da hierfür nur bestimmte Tarife der Tarifgruppe B zugelassen sind (diese können Sie gerne bei AXA/DBV erfragen). Fehlt ein entsprechender Vermerk im Antrag oder wird ein Antrag auf nicht zugelassene Tarife für die Öffnungsaktionen gestellt, gehen wir davon aus, dass Sie von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollen bzw. können.

Unterschriften

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | |

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

✗

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | |

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

✗

*) Beihilfestatus
- B = Beihilfeberechtigte/-r
- V = Versorgungsempfänger/-in
- E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in
- E2 = Berücksichtigungsfähige/r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in mit mehr als 1 Kind (Schleswig-Holstein)
- K = berücksichtigungsfähiges Kind
- K3 = Berücksichtigungsfähiges Kind mit mehr als 2 Kindern (Schleswig-Holstein)
- H = (Freie) Heilfürsorge
- B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder
- B2-Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013
- H2-Sa = Heilfürsorgeberechtigte/-r mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013
- B3 = Beihilfeberechtigte/-r mit ehemals mind. 3 berücksichtigungsfähigen Kindern+Verbeamtung bis 31.12.2012

Bei Soldaten auf Zeit:
- Hbh = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge mehr als 1 Kind oder Versorgungsempfänger)
- Hzu = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge ohne Beihilfe/ MIT Zuschuss)

Bei Inanspruchnahme Pauschal-Beihilfe (Aktuell Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Thüringen):
- Bzu = Beihilfeberechtigte/-r MIT Zuschuss
- Vzu = Versorgungsempfänger/-in MIT Zuschuss
- Ezu = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in
- Kzu = Berücksichtigungsfähiges Kind
- B2zu = Beihilfeberechtigte/-r mehr als 1 Kind MIT Zuschuss

- AZ = Angestellte/-r mit Zuschuss
- AZ2 = Ang. mit Zuschuss/2 Kinder
- A = Angestellte/-r ohne Zuschuss
- A2 = Angestellte/-r ohne Zuschuss/2 Kinder
- EAZ = Ehegatte einer/-s Angestellten mit Zuschuss
- EA = Ehegatte einer/-s Angestellten ohne Zuschuss
- KAZ = Kind einer/-s Angestellten mit Zuschuss
- KA = Kind einer/-s Angestellten ohne Zuschuss

**) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhlPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?

DBV

Persönliche Erklärung bei vorvertraglichen Zahnschäden ARL-U, AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), Vision B-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Komfort Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A), VIAlife

Bitte in Blockschrift ausfüllen

zum Antrag vom | für

Vers.-Nummer | OE/Sachbearbeiter | Datum (Tag/Monat/Jahr)

Betroffene Zähne

Zahnschema: Bitte kennzeichnen Sie die fehlenden Zähne mit ***f*** und die behandlungsbedürftigen Zähne mit **b**.

(links)						Ihr Oberkiefer							(rechts)
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
(links)						Ihr Unterkiefer							(rechts)

Besondere Vereinbarung

Bitte die entsprechende Vereinbarung ankreuzen!

1. **bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612/5607)
(BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ-U(A))

☐ Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen bleiben im Tarif BN1/1-U(A) und BN1/2-U(A) – sofern beantragt – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2. **bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5610/5605)
(Tarife AWFH, Premium Zahn-U(A))

☐ Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Erstattungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Tarifbeginn ist bei Abschluss des Tarifs AWFH der Zeitpunkt, zu dem in eine Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird. Sofern dann der Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), bzw. VisionB-U(A) besteht, sind die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen vom Versicherungsschutz des Tarifes BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), bzw. VisionB-U(A) ausgeschlosen.

3. **bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)
(Tarife BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), Vision B-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

4. **bei 5–6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 2020)
(Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A))

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

☐ ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR

☐ Komfort Zahn-U(A) 500 EUR

5. **bei 6 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ-U(A), Premium Zahn-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.

6. **bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A)), wenn es sich nicht um eine Behandlung wegen fehlender Zähne handelt. In diesem Fall ist die entsprechende besondere Vertragsvereinbarung für fehlende Zähne (4.) anzukreuzen. Sofern lediglich Zahnsteinentfernung, Füllungen, Einlagefüllungen (Inlays) oder Wurzelkanalbehandlungen (Endodontie) angeraten wurden bzw. laufend behandelt werden, verzichtet die AXA Krankenversicherung AG auf eine gesonderte Leistungseinschränkung.** (interner Hinweis 2021)

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Abschluss sämtlicher Behandlungen einschließlich Folgebehandlungen. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

☐ ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR

☐ Komfort Zahn-U(A) 500 EUR

7. **bei behandlungsbedürftigen Zähnen, die nicht fehlen oder im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Zahnbetterkrankung stehen** (In diesen Fällen ist die jeweils zutreffende besondere Vertragsvereinbarung anzukreuzen). (interner Hinweis 5613)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Premium Zahn-U(A), Vision B-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen/beabsichtigten zahnärztlichen Behandlungen einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.

8. bei Zahn- und Kieferfehlstellungen (interner Hinweis 5803)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
(Tarife ARL-U, Kompakt-Zahn-U, Komfort-Zahn-U alternativ zu Punkt 6, wenn ausschließlich eine aktuelle Behandlung der Zahn- und Kieferfehlstellung erfolgt.)

☐ Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.

9. bei Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.) (interner Hinweis 5703)
(Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass für die laufenden bzw. angeratenen Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, keine Leistungspflicht besteht. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.

10. Aufbissschiene/Knirscherschiene (interner Hinweis 1955)
(Tarife BZ-U(A), Vision B-U(A), Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A))

Es ist vereinbart, dass für die Aufbissschiene/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des Tarifes ein monatlicher Festbetrag erhoben wird.

	Dieser beträgt	im Tarif	mit den Erstattungssätzen
☐	20 EUR	Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A) BZ-U(A) Vision B-U(A)	je nach Tarifleistung 70 00
☐	10 EUR	BZ-U(A) Vision B-U(A)	65, 60, 55, 50T, 50, 45, 40 50T, 50, 5035, 45, 4530, 40, 4025
☐	6 EUR	BZ-U(A) Vision B-U(A)	35, 30, 25 35, 3520, 30, 3015, 25, 2515
☐	4 EUR	BZ-U(A) Vision B-U(A)	20, 15, 10 20, 2015, 15, 10

Alternativ zum Festbetrag: Leistungsausschluss
Für alle Tarife: (interner Hinweis 5804)
☐ Es ist vereinbart, dass für die Aufbissschiene/Knirscherschiene keine Leistungen aus dem Tarif erbracht werden.

(Tarif AWFH) (interner Hinweis 0017)
☐ Es ist vereinbart, dass bei Wahrnehmung der Option für die Aufbissschiene/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des gewählten Zahnversicherungsschutzes, ein Festbetrag zwischen 4,00 – 20,00 EUR erhoben wird.
Alternativ kann auf Antrag geprüft werden, ob Leistungen für die Aufbissschiene/Knirscherschiene vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden können.

11. bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen bzw. bei 1 – 5 fehlenden Zähnen und/oder Aufbissschiene/Knirscherschiene (interner Hinweis 0038)
(Tarif VIAlife)
☐ Es ist vereinbart, dass die laufende(n) bzw. angeratene(n)/beabsichtigte(n) zahnärztliche(n)/kieferorthopädische(n) Behandlung(en) und/oder nicht behandlungsbedürftige Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie und/oder Zahnschienentherapie bei Ausübung der Optionsrechte und Umstellung in den/die Zieltarif(e) zu einem Beitragszuschlag und/oder einer Leistungseinschränkung und/oder einem Leistungsausschluss führt/führen, wenn Ihr gewünschter Zieltarif dies vorsieht. Dies gilt auch für alle damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten.

Noch ein wichtiger Hinweis

Bitte schicken Sie die komplette Erklärung – also alle 2 Seiten – unterschrieben an uns zurück.
Vielen Dank.

Unterschrift

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) _____ Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers _____

Datum (Tag/Monat/Jahr) _____ Unterschrift der mitversicherten Person _____

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

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

Bestätigung zum Einkommen

Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern

- für Arbeiter/-innen/Angestellte:
  Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegepflichtversicherung (Krankheitskostenvollversicherung)
  Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld (Zusatzversicherung)
- Selbstständige/Freiberufler einschließlich selbstständige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen:

  80% des Gewinns vor Steuern (Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten [wie z. B. Löhne, Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Kapitalerträge] etc. können nicht berücksichtigt werden).

Gesamteinkommen/Einkommensgrenze Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 EStG. Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammengerechnet (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten usw.). Als Einkommensgrenze gilt hier 520 Euro/Monat, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird, ansonsten 485 Euro/Monat (Stand 01.2023).

Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge **nicht abzuziehen:**
Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 4f EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig.

Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich 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 Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre.

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

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

Zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung

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

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

Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

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

Sondervertrag

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

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

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten *, Lebenspartner *, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ****, Geschwister **,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte ****,
5. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie */ **,
6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister */ **,
7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner */ **,
8. Kinder der Geschwister **,
9. Geschwister der Eltern **,
10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder) ***.

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

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

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

**** Für die beiden Personenkreise „Verlobte" und „eheähnliche oder lebenspartnerähnliche Gemeinschaft" empfehlen wir, einen eigenständigen Antrag mit den versicherten Personen als jeweiligen Versicherungsnehmer zu stellen, um eine Steuerfreiheit dauerhaft sicherzustellen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. Bsp. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

AXA Krankenversicherung AG
Kunden-, Partner- und Prozess-Service
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221/148 41002
E-Mail: service@axa.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der im Antrag oder Angebot angegebenen Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.dbv.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages oder die Bearbeitung eines Schadenfalls ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke und die Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich),
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen und -recherchen (auch in öffentlich zugänglichen Quellen) zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Soweit es für den jeweiligen Zweck ausreichend und rechtlich zulässig ist, anonymisieren wir Ihre personenbezogenen Daten. Eine Anonymisierung von personenbezogenen Daten findet insbesondere statt: für statistische Auswertungen und Auswertungen zur Geschäftssteuerung, für die Optimierung und Prüfung von softwaregestützten Datenverarbeitungen, für die Löschung personenbezogener Daten, um unsere datenschutzrechtlichen Löschpflichten zu erfüllen. Abhängig von den oben genannten Zwecken ist die Rechtsgrundlage für die Anonymisierung regelmäßig unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1f) DSGVO), die Umsetzung einer gesetzlichen Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1c) DSGVO) oder die Erfüllung des Vertrages (Art. 6 Abs. 1b) DSGVO). Im Falle einer zweckändernden Nutzung stellen wir sicher, dass dieAnonymisierung mit dem ursprünglichen Zweck der Datenverarbeitung vereinbar und zulässigist (Art. 6 Abs.4 DSGVO i. V. m. der ursprünglichen Rechtsgrundlage). Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Webseite (www.dbv.de/Datenschutz) zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/ Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.dbv.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter den oben genannten Kontaktinformationen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Dazu übermitteln wir im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen von der AXA Krankenversicherung AG oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes).

Insoweit befreie ich die AXA Krankenversicherung AG vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach §203 Strafgesetzbuch).

Die SCHUFA verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können dem SCHUFA-Informationsblatt nach Art. 14 DSGVO entnommen oder online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten [sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen] entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von Regelklassen geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung.

Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Erstattungskonto

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

SCHUFA

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DSGVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z. B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z. B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z. B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DSGVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit.

Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z. B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z. B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DSGVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z. B.. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z. B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DSGVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag - verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65172 Wiesbaden
Internet: www.DBV.de
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsteuernr.: 810/V90810030208
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Dr. Karsten Dietrich,
Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Marc Daniel Zimmermann.

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

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

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

2. Kündigung

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

3. Vertragsänderung

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

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

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

Ausübung der Rechte des Versicherers

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

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

Stellvertretung

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

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen:

- AXA Customer Care GmbH
- AXA Direktberatung GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Services & Direct Solutions GmbH
- AXA Versicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- E.C.A. LEUE GmbH + Co. KG
- Helmsauer & Preuss GmbH
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Pro bAV Pensionskasse AG
- ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung	ja
	AXA Group Operations Germany GmbH	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	ja
	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungs- und Regressbearbeitung, Vermittlerbetreuung	ja
	AXA Logistik & Service GmbH	Post-, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Vorgangsbearbeitung	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern u. Dienstleistern	nein
	GIE AXA	Hosting, Datenselektionen	nein
	unternehmen online GmbH & Co. KG	Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)	ja
AXA Krankenversicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja[1]
	MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Leistungsbearbeitung der Auslandsreisekrankenversicherungen	ja[1]
	ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement	ja[1]
	ViaMed GmbH	Leistungsprüfung	ja
AXA Lebensversicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Auskünfte	ja[1]
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolicen	nein
	SP Consult AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	nein
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags-/Leistungsbearbeitung (Zahlungssystem ERGO und Münchner Rück)	ja
AXA Versicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)/ AXA easy Versicherung AG	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Auskünfte, Regressprüfung	ja[1]
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Kreditkarteninhaber, Bestandsverwaltung, Leistungsbearbeitung für Mietwagen-KFZ-Versicherungen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden	ja[1]
	Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen	nein
	ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen	nein
	Versicherungsforen medi-part GmbH	Leistungsbearbeitung	ja[1]

Dienstleisterkategorien, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist und/oder Dienstleistungserbringung erfolgt durch viele verschiedene Dienstleister

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister<u>kategorie</u>	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil[1]
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja
	Ermittler	Betrugsabwehr	ja
	Gutachter/med. Experten/Berater	Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung/Beratung	zum Teil[1]
	Inkassounternehmen/Auskunfteien	Forderungsbearbeitung, Existenznachweis	nein
	IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung/Systeme/Anwendungen/Onlineservices	ja
	Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)	ja
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Kundenzufriedenheitsanalyse	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Rechtsstreitigkeiten, Ermittlungsaktenbeschaffung, sonstige Rechtsdienstleistungen	ja
	Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement	ja
	Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Behebung von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen	nein
	Routenplaner	Schadenbearbeitung/Terminplanung	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (techn. Versicherungen)	nein
	Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in bes. Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung	ja
	Vermittler	Antrags-, Leistungs- u. Schadenbearbeitung, Beratung	zum Teil[1]
AXA Krankenversicherung AG	Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln	ja

[1] ggf. mit separater Einwilligung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz einsehbar.
Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

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

Zahlungspflichtiger

Titel	
Anrede	
Vorname Kontoinhaber	
Nachname Kontoinhaber	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	. .
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Land	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
bzw.	
Kontonummer	
BLZ	

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

Ort, Datum	
Unterschrift(en)	

Antwort

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