



Maßstäbe / **neu definiert**

Antrag auf private Pflegeergänzungsversicherung

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

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

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

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:



 **Assekuranz - Büro Schwab**

VERSICHERUNGEN ALLER ART ♦ **BAUSPAREN**

OTTO SCHWAB

Ind. Kfm * Versicherungsmakler

Lerchenweg 4 * D - 68799 REILINGEN



Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Form fields for personal data: NL/VD, BD, AB, Verm.Nr., Org.KZ, Motiv, GSG, ZUW, Versicherungsnummer, SV-/VK-Nr., and checkboxes for PV, ÖD, GM, AF, Neuantrag, Änderungsantrag.

Name, Vorname, Titel, Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz), PLZ, Ort (1. Wohnsitz)

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

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

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

Telefon, Telefax, E-Mail

Sind oder waren Sie oder ein Familienmitglied bereits bei der AXA oder DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? ja/nein, Versicherungsnummer

zu versichernde Personen

1. Person form: Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, ausgeübte berufliche Tätigkeit, occupation checkboxes

2. Person form: Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, ausgeübte berufliche Tätigkeit, occupation checkboxes

3. Person form: Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, ausgeübte berufliche Tätigkeit, occupation checkboxes

4. Person form: Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, ausgeübte berufliche Tätigkeit, occupation checkboxes

Weitere Personen

Der Antragsteller kann zusätzlich zu den in diesem Antrag genannten Personen noch für weitere Personen einen Antrag auf Abschluss einer Pflegeversicherung mit dem beigefügten Zusatzantrag stellen. Anzahl Personen, Ja, ich möchte für weitere Personen Versicherungsschutz entsprechend dem Zusatzantrag beantragen.

Versicherungsbeginn

01.

Widerrufliche Einzugsermächtigung und Zahlweise

Name, Anschrift, Geburtsdatum des/der Kontoinhabers/-in/Beitragszahlers/- in, wenn abweichend von dem/der Antragsteller/-in; Die Beiträge sollen abgebucht werden; gilt auch für Vertragsänderungen; Konto-Nr., Bankleitzahl, Geldinstitut, Unterschrift (falls nicht Antragsteller/-in), payment frequency checkboxes

Welche Tarife sollen versichert werden?

Table with 4 columns: Person (1-4), Tarife/Pflegegeldhöhe, Beitrag in EUR. Includes rows for 1. Person Summe, 2. Person Summe, 3. Person Summe, 4. Person Summe.

Gesamtbetrag für alle Personen

Antragsteller/-in	Name	Vorname																																																		
FamilyFitK	Sofern für ein oder mehrere Kinder Versicherungsschutz nach dem Tarif FamilyFitK beantragt wird, ist hier für jedes Kind die Person zu benennen, für die Versicherungsschutz nach Tarif FamilyFit beantragt wird und bei der es sich um einen Erziehungsberechtigten handelt. Erziehungsberechtigte mit Versicherungsschutz nach Tarif FamilyFit																																																			
FamilyFit/ FamilyFitK	<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass alle Personen, für die Versicherungsschutz nach dem Tarif FamilyFit/FamilyFitK beantragt wird, zum aufnahmefähigen Personenkreis dieses Tarifes gehören (s. Antragsrückseite).																																																			
Bestehende Pflegepflichtversicherungen	Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung? 1. Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 3. Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 4. Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																			
Angaben zum Gesundheitszustand	Der/die Vermittler/-in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/Sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher 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. Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf beigefügte gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG.																																																			
	1. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche jemals beantragt? 2. Bestehen Erkrankungen oder Unfallfolgen, aufgrund derer voraussichtlich dauerhaft (für mindestens weitere 6 Monate) eine Medikamenteneinnahme und/oder Behandlungen/Kontrolluntersuchungen durch Ärzte durchgeführt werden oder ärztlich angeraten sind? Nicht anzeigepflichtige Erkrankungen für Personen bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres sind dabei: Allergien ohne Asthma, Bluthochdruck (Hypertonie) ohne Grunderkrankung und/oder Folgeerkrankung, zu hohe Cholesterinwerte und andere Fettstoffwechselerkrankungen, äußerliche Akne und/oder Schuppenflechte (Psoriasis), Schilddrüsenüber- oder unterfunktion sowie Jodmangel, Neurodermitis ohne Asthma, gutartige Prostatavergrößerung, Sodbrennen (Refluxösophagitis), Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom), Osteoporose ohne Fraktur (Glasknochenkrankheit ist anzeigepflichtig) 3. Nur von Personen ab Vollendung des 66. Lebensjahres zu beantworten: Bestehen oder bestanden Erkrankungen, aufgrund derer in den letzten 3 Jahren ambulante oder in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen, Therapien/Gesprächstherapien stattgefunden haben?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">1. Person</td> <td style="width:25%;">2. Person</td> <td style="width:25%;">3. Person</td> <td style="width:25%;">4. Person</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein																						
1. Person	2. Person	3. Person	4. Person																																																	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja																																																	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein																																																	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja																																																	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein																																																	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja																																																	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein																																																	
Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Person und der Ziffer der Frage. Reicht der Platz nicht aus, fügen Sie bitte erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/-en unterschriebenen Blatt zum Antrag bei.																																																			
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">zu Person</th> <th style="width:5%;">zu Frage</th> <th style="width:35%;">genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/ zusätzlich Art und Menge von Medikamenten</th> <th style="width:10%;">behandelt von – bis</th> <th style="width:5%;">amb.</th> <th style="width:5%;">stat.</th> <th style="width:10%;">Arbeitsunfähig von – bis</th> <th style="width:10%;">Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?</th> <th style="width:10%;">Durchgeführte Behandlung/-en (Therapie)</th> <th style="width:10%;">Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	zu Person	zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/ zusätzlich Art und Menge von Medikamenten	behandelt von – bis	amb.	stat.	Arbeitsunfähig von – bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/-en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
zu Person	zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/ zusätzlich Art und Menge von Medikamenten	behandelt von – bis	amb.	stat.	Arbeitsunfähig von – bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/-en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?																																											
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Angaben zu Behandlern	zu Person zu Frage	Name und genaue Anschrift des Behandlers/der Behandlerin (z. B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in,...)																																																		
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																			
Bemerkungen/ Vereinbarungen	<input type="checkbox"/> Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife <input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> per Datenträger <input type="checkbox"/> in Papierform erhalten.																																																			
Ausgehändigte Unterlagen	Unterschrift (falls nicht Antragsteller/-in)																																																			
Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen	Bitte prüfen 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 Erhebung gesundheitsbezogener Daten, die Entbindung von der Schweigepflicht und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages. Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.																																																			
Ort, Datum, Unterschriften	Ort und Datum Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in der zu versichernden Person Unterschrift aller volljährigen zu versichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen	Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel Tel.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin Fax.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin																																																		

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

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 des Geschäftsbereichs Firmen-, Verbände- und Spezialgeschäft. Die Sonderbedingungen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

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

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 0221/148-36 202, E-Mail: info@axa.de.

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

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

Widerrufsfolgen

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

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

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

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

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweis zur Datenverarbeitung

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

Der Widerspruch ist zu richten an:
AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln,
Telefon: 0221/148-36 202, E-Mail: info@axa.de

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies läßt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

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

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA-Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
- durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen), denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
- zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.AXA.de und unter www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;

8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunftsfirma (z. B. Bürger, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunftsfirma eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Zustimmung zu der Dienstleistung durch Dritte

Zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten bei Pflegevorsorgetarifen hat die AXA Krankenversicherung AG die Firma MD Medicus als Dienstleister beauftragt.

Die AXA Krankenversicherung AG behält sich vor zukünftig diese Aufgaben an andere Dienstleister zu übertragen.

Versicherungs- und Aufnahmefähigkeit im Tarif FamilyFit/FamilyFitK

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren

Aufnahmefähig sind folgende Personen, wenn diese versicherungsfähig sind:

1. Der Versicherungsnehmer
2. Ehe- oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers
3. Großeltern, Eltern, Kinder oder Enkelkinder des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners
4. Geschwister des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners
5. Ehe- oder Lebenspartner der unter 3. und 4. genannten Personen

Personen, die dauerhaft in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben.

Aufnahme- und versicherungsfähig im Tarif FamilyFitK sind Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, wenn wenigstens ein Elternteil dieses Kindes im Tarif FamilyFit versichert ist und für das Kind selbst eine Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit im Tarif FamilyFit bestehen würde.

Erstattungskonto

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

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

USt-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser

Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender;

Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Thomas Michels,

Ulrich C. Nießen, Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 – 55 66 22*

* 9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

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

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

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

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag 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.

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.