iwv Versicherungsservice AG | Karl-Krämer-Str. 15 | 71364 Winnenden
Sekretariat: + 49 (0) 7195 - 95993 - 0 | F: + 49 (0) 7195 - 179864
E: info@iwv-ag.de | W: www.iwv-ag.de

Ihr Antrag auf

- ☐ Private Krankenversicherung
- ☐ Private Kranken(haus)tagegeldversicherung
- ☐ Private Pflegepflichtversicherung
- ☐ Private Pflegeergänzungsversicherung
- ☐ Private Krankenhaus-Wahlleistung (Akut + Unfall)
- ☐ Kostenübernahme der Selbstbeteiligung bei einem Unfall (iwv SB-Schutz)

Gültig für folgende Gesellschaften

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
ARAG Krankenversicherungs-AG
AXA Krankenversicherung AG
Barmenia Krankenversicherung AG
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)
Concordia Krankenversicherungs-AG
Continentale Krankenversicherung a.G.
DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Gothaer Krankenversicherung AG
Hallesche Krankenversicherung a.G.
HanseMerkur Krankenversicherung AG
INTER Krankenversicherung AG
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
R+V Krankenversicherung AG
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
UKV - Union Krankenversicherung AG
uniVersa Krankenversicherung a.G.
Würzburger Versicherungs-AG

Ihr Versicherungsantrag (Hauptantrag)

☐ **Neuantrag** ☐ **Änderungsantrag zu VNR** | **Agt.-Nr. KV:** | **Vermittlernummer:**

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen, was die Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zur Folge haben kann. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Mitteilung des jeweiligen Versicherers zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG in der Schlusserklärung (Seite 4).

Bitte beachten Sie, dass der Antrag über die ivv eingereicht werden muss.

Antragsteller (VN)

Name, Vorname | ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel

Straße, Haus-Nr.* | PLZ/ Ort*

Telefon (freiwillige Angabe) | *Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag

Geburtsdatum | E-Mail (freiwillige Angabe)

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet/eingetragener Lebenspartner ☐ geschieden ☐ verwitwet *nicht zu beantworten bei der uniVersa, gilt auch für Staatsangehörigkeit*

Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ andere | in Deutschland seit

derzeitig ausgeübte Berufe

Name und Anschrift der Firma

Tätigkeitsstatus: ☐ angestellt ☐ selbständig ☐ freiberuflich ☐ seit | Anzahl soz. vers. Arbeitnehmer

Beihilfe: ☐ Bund ☐ Land | seit dem | Beihilfesatz: Amb. % Stat. %

zu versichernde Person (VP)

	Person 1	**Person 2**
	☐ Antragsteller gleichzeitig zu versichernde Person	
	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Name, Vorname Anschrift (falls abweichend)		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit/ in Deutschland seit	☐ deutsch ☐ andere	☐ deutsch ☐ andere
Beruf/ Branche/ Tätigkeitsstatus		
Beihilfe	☐ Bund ☐ Land seit dem Beihilfesatz: Amb. % Stat. %	☐ Bund ☐ Land seit dem Beihilfesatz: Amb. % Stat. %
Voraussichtliches Ausbildungsende	Monat / Jahr	Monat / Jahr

Angehörigenstatus

Soweit die versicherten Personen vom Antragsteller abweichen: Handelt es sich bei diesen Personen um nach den Grundsätzen der beantragten Gesellschaft versicherbare (nahe) Angehörige des Antragstellers? (siehe hierzu und zur Definition Seite 5)

Person 1: ☐ ja ☐ nein **Person 2:** ☐ ja ☐ nein

Der Versicherer wird nach den gesetzlichen Vorgaben die steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge sowie die dazu notwendigen personenbezogenen Daten für den Versicherungsnehmer und die ggf. im Vertrag versicherten Personen an die Finanzbehörde übermitteln. Bitte teilen Sie zur Datenübermittlung die steuerlichen Identifikationsnummern (Steuer-ID) mit. Sofern Sie diese nicht angeben, ist der Versicherer berechtigt, diese beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen. Hinweis: Für eine Übermittlung für versicherte Personen ist in jedem Fall auch die Angabe der Steuer-ID des Versicherungsnehmers erforderlich.

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer ID, (11-stellig):

Antragsteller | Person 1: | Person 2:

Anschrift und Rechtsform der Versicherer siehe Schlusserklärung Punkt V

	Person 1	**Person 2**
Versicherer		
Versicherungsbeginn		

Tarife

Tarifbezeichnung/ Beitrag sowie ggf. gewünschtes Tage-/ Monatsgeld alle Angaben in EUR	**Person 1**	**Person 2**
med. Mehrbeitrag (RZ)		
gesetzl. Zuschlag		
Pflegepflichtversicherung (PVN/PVB)****		
mtl. Gesamtbeitrag KV/PVN/PVB	0	0
/*HanseMerkur iwv Unfall (clinic U) ☐ iwv akt (clinic A) ☐		
*/** Würzburger (iwv SB-Schutz) je 100,- Euro x 7,66 Euro p.a. : 12 Mon		
mtl. Gesamtbeitrag KV/PVN/PVB/UA/SB	0	0

* Dieser Tarifbeitrag ist ein Jahresbeitrag inkl. Vers.-Steuer und gilt für eine Vertragslaufzeit von 1 Jahr. Durch den iwv SB-Schutz der Würzburger kann eine Selbstbeteiligung bis zu max. 4500 Euro in der Krankenversicherung bei einem Unfall abgesichert werden. Aufnahmefähig sind Personen bis zum 65. Lebensjahr.

**Ausführung siehe Seite 3
***Ausführung siehe Seite 5
****PVN/PVB enthält einen bis zum 31.12.22 befristeten Coronazuschlag i.H.v. mtl. € 3,40/€ 7,30.

Die Änderung des Beitrages/Tarifs habe ich zur Kenntnis genommen.

x

Stand 12/2021 Copyright by iwv versicherungsservice AG

Antragsteller

Gesundheitszustand der zu versichernden Person, Änderungen zum Antrag:

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen, was die Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zur Folge haben kann. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Mitteilung des jeweiligen Versicherers zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG in der Schlusserklärung (Seite 4). Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird und nicht um die Fragen des Vermittlers oder Maklers.

Bitte senden Sie dem Versicherer keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

	Person 1	Person 2
Körpergröße und Gewicht	168 cm 55 kg	cm kg
1) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate/Prothesen/Einschränkungen/Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn Sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?	☐ nein ☒ ja	☐ nein ☐ ja
2) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder – aufgrund von Vorerkrankungen – medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Kieferorthopäden, Zahnärzten, Therapeuten, Heilpraktiker statt, sind angeraten oder beabsichtigt? ((bei Allianz, DKV, R+V, SIGNAL IDUNA KV amb. Operationen 5 Jahre) für R+V zusätzlich für die letzten 10 Jahre auch Untersuchungen des Gehirns oder Nervensystems oder wegen einer Krebs- oder Tumorerkrankung)	☐ nein ☒ ja	☐ nein ☐ ja
3) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen, Operationen, Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, einem Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei AXA ActiveMe die letzten 6 Jahre)	☐ nein ☒ ja	☐ nein ☐ ja
4) Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung, Therapie/Gesprächstherapie, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt (bei Allianz, AXA/DBV, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur, Münchener Verein, Nürnberger die letzten 5 Jahre, bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre, bei ARAG, Barmenia, BK, UKV, Concordia, Hallesche, Inter, R+V, SIGNAL IDUNA, uniVersa die letzten 10 Jahre)?	☒ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
5) Besteht eine Fehlsichtigkeit? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur, R+V und Dioptrien-Angaben bei Barmenia nicht notwendig)	☒ nein ☐ ja li re	☐ nein ☐ ja li re
6) Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur)	☒ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7) Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, eine chronische Erkrankung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit? (bei DKV: oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung bzw. Leistungen aus privater/sozialer Pflegeversicherung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?) Bei „ja" bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen.	☒ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
8) Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (nicht zu beantworten bei HanseMerkur) oder wurden in diesem Zeitraum Alkohol, Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen regelmäßig verordnet oder eingenommen? (bei Allianz, DKV, MV, die letzten 5 Jahre, bei AXA/DBV, Concordia, uniVersa die letzten 10 Jahre, HanseMerkur zeitlich unbegrenzt, R+V: Arzneimittel nur 12 Monate).	☒ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
9) Wurde eine HIV Infektion festgestellt bzw. steht noch ein Testergebnis aus? Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?	☒ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
10) Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? (Lückenschluss gilt nicht für MV, uniVersa)	☒ nein ☐ ja Anzahl	☐ nein ☐ ja Anzahl
11) Besteht eine Zahnbetterkrankung, eine Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- bzw. Knirscherschiene getragen? (nur zu beantworten bei ALLIANZ, ARAG, AXA/DBV, Concordia, Continentale, Hallesche, HanseMerkur, INTER, Nürnberger, SIGNAL IDUNA KV und uniVersa) Fanden Parodontosebehandlungen/Zahnfleischerkrankungen statt? (Abfragezeitraum: Continentale 12 Monate / Inter 24 Monate / SIGNAL IDUNA 36 Monate)	☐ nein ☒ ja	☐ nein ☐ ja
12) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, sind mit Inlays bzw. Onalys und/oder einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt? (zu beantworten bei Allianz, ARAG, BK, UKV, Concordia, Continentale, Hallesche, Inter, Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV).	ersetzt: 0 überkront: 1	ersetzt: überkront:
13) Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? (zu beantworten bei BK, UKV, Continentale, Gothaer, Hallesche, Inter, Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV). **SIGNAL IDUNA KV: Wenn Zahnersatz jünger als 5 Jahre bitte den Zahnarzt angeben.**	MM/JJ: MM/JJ: 08.17	MM/JJ: MM/JJ:

Detailangaben zu den Fragen 1 bis 11

Wenn eine der Fragen 1 bis 11 mit „ja" beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Frage nicht aus, so ist diese unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Pers.-Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose bzw. Art und Häufigkeit der Beschwerden, Medikamente, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung/Therapien, Operation ja/nein, ausgeheilt/beschwerdefrei seit, usw.), bei der Allianz, Continentale, Inter, R+V, SIGNAL IDUNA KV bitte den ärztlichen Leistungserbringer angeben.	behandelt von - bis	Arbeitsunfähig von - bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welcher Befund wurde erhoben/ welche Folgen bestehen?	amb.	stat.
1								☐	☐
								☐	☐
								☐	☐
								☐	☐

Zuschläge

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ/med. Mehrbeitrag bin ich einverstanden:

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

Auslandsaufenthalt

Ist ein längerfristiger Auslandsaufenthalt geplant oder besteht eine Grenzgängereigenschaft? ☒ nein ☐ ja

Hausarzt

Haben Sie einen Hausarzt? ☒ nein ☐ ja wenn ja, bitte Fachrichtung und Anschrift angeben

Seit wann sind Sie dort Patient/in? (MM/JJJJ)

Leistungsausschluss

Mit folgendem Leistungsausschluss für Person ☐ 1 ☐ 2 bin ich einverstanden.

Krankentagegeld

	Person 1	Person 2
Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen bzw. versteuerter Gewinn der letzten 12 Monate aus beruflicher Tätigkeit	Euro	Euro
Dauer Gehaltsfortzahlung	Tage/Woche	Tage/Woche

Ich bestätige ausdrücklich, dass das gewünschte Krankentagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen bei gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen) 1/360 des versicherbaren Nettoeinkommens der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Es wird ferner bestätigt, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer des Anspruchs aus Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Bei Ehe-/ Lebenspartner: ☐ Ich beantrage die Beitragsbegrenzung in der Pflegepflichtversicherung. (Siehe beiliegendes Formular)

Bei Kinder: ☐ Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für ☐ Person 1/ ☐ Person 2. Ein Elternteil ist aktiv privat pflegepflichtversichert.

Name, Vorname: bei seit

Gleichzeitig wird bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen (Definition siehe Seite 5) der beantragten ☐ Person 1/ ☐ Person 2 nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2022 = € 470,-) liegt. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für die Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegeversicherung bestand, werde ich die Beiträge nachentrichten.

Stand 12/2021 Copyright by iwv versicherungsservice AG

Antragsteller

Bankverbindung für alle im Antrag beantragten Tarife / SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Erklärung des Kontoinhabers: Hiermit **ermächtige(n) ich (wir)** den Zahlungsempfänger (vgl. Schlusserklärungen Seite 6, der auch die jeweilige Gläubiger-ID entnommen werden kann), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich **weise(n) ich (wir)** mein (unser) Kreditinstitut **an**, die auf mein (unser) Konto gezogene(n)Lastschrift(en) einzulösen. Hinweis: 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 bis zu 3 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird (Continentale/ SIGNAL IDUNA KV ein Tag). Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine. Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen (sofern Kontoinhaber gleich Antragsteller). Die Mandatsreferenznummer wird gesondert mitgeteilt.

IBAN

BIC Geldinstitut

Zahlungsempfänger (die Gläubiger-ID entnehmen Sie bitte der Schlusserklärung auf Seite 6)

Kontoinhaber: ☐ Antragsteller oder ☐ folgende Person: Vor- & Nachname, Geb.datum, Straße/Hausnummer, Postleitzahl & Ort

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

x

Zahlungsweise: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

(bei viertel-, halb- und jährlicher (bei Allianz, R+V nur monatlich) Zahlungsweise wird bei einigen Gesellschaften Skonto gewährt). Beim iwv SB-Schutz der Würzburger beträgt der Abbuchungsbetrag mindestens 10 €. Die Zahlungsweise wird entsprechend angepasst.

Vorversicherung

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung, eine Versicherung für den Pflegefall, eine Unfallversicherung mit KT oder KHT oder eine bestehende Ergänzungsversicherung, Kurtagegeldversicherung, Kosten- und Tagegeldversicherung?
Wurde eine beantragt oder eine beantragte abgelehnt, bzw. eine Ruhenstellung beantragt? Der Vorversicherungnachweis wird vom Antragsteller/ Versicherungnehmer nachgereicht. **Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.**

	Versicherer bzw. Kasse	besteht seit	endet zum	gekündigt durch	Angaben zu Ergänzungsversicherungen inkl. Tagegelder	nein
1				☐ VN ☐ VR		☐
2				☐ VN ☐ VR		☐

Ich erkläre, dass weder für mich noch für eine der zu versichernden Personen beim derzeitigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand besteht. **Ich bin damit einverstanden, dass hinsichtlich meiner Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer gehalten werden kann und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.** ja ☐ nein ☐

Der Versicherer möchte Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, alle Fragen zu den Vorversicherungen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da dieser die Angaben u. a. im Rahmen der Risikoprüfung benötigt. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Wartezeiterlass

☐ Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung für ☐ **Person 1** ☐ **Person 2**

☐ Ich beantrage den bedingungsgemäßen Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung für ☐ **Person 1** ☐ **Person 2**

(gilt nur für die Krankenversicherung), deren Kosten ich trage. Geht der Untersuchungsbefund nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Empfangsbestätigung

Ich habe eine Kopie des Antrags, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Muster- und Tarifbedingungen), die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG, sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten: (bei der AXA/DBV und HanseMerkur: Informationsblatt zu Versicherungsprodukten je Tarif und nur bei HanseMerkur: Individuelle Information zu Ihrer Krankenversicherung je zu versichernde Person) und weitere Informationen gem. § 7 Abs. 1 und 2 VVG, das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung" Datenschutzhinweise/ Informationen zu den Betroffenenrechten (Allianz: Information zur Verwendung Ihrer Daten; Hallesche: Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung), die gesonderte Widerrufsbelehrung, sowie die Dienstleister- und Empfängerliste des beantragten Versicherers erhalten.

HanseMerkur Verbraucherinformation(en) / R+V Bedingungsheft / Stand

x

Ort, Datum **(für alle Gesellschaften erforderlich)** Unterschrift des Antragstellers, ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bezogen auf alle Antragsdaten

Ich habe die umseitig abgedruckten Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ein (siehe Seite 4 und 5).

I. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den auf Seite 1 genannten Versicherer selbst
II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten durch den auf Seite 1 genannten Versicherer selbst. 1. Zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
III. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers
1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler
IV. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ferner willige ich in die Einholung von Bonitäts- & Wirtschaftsauskünften ein (siehe Seite 5).

x

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen, ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bezogen auf alle Antragsdaten

Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung, sowie iwv (clinic U Unfall/clinic A akut, SB-Schutz) werden rechtlich selbständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt. Bevor Sie diese Anträge unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 4 die **„Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht"** und die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen zum Inhalt dieser Verträge. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Antragsteller bzw. als zu versichernde Person die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben zum Versicherungsnehmer bzw. zur versichernden Person, die im Hauptantrag oder einer Ergänzung zum Hauptantrag gemacht wurden.

Ort/Datum	Unterschrift zu versichernde Person 1	Unterschrift zu versichernde Person 2
x Unterschrift des Antragstellers/ bei Minderjährigen Unterschrift gesetzliche Vertreter	Unterschrift zu versichernde Person 3	Unterschrift zu versichernde Person 4
Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist	Unterschrift / Antragsvermittler	

** Bei einer Ablehnung des Hauptvertrages (= Krankenversicherung), sind alle Zusatzbausteine hinfällig. Eine separate Weiterleitung erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.

Stand 12/2021 Copyright by iwv versicherungsservice AG

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

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

Damit der Versicherer (nachfolgend der Versicherer genannt) Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die mit dem jeweiligen Versicherer abgestimmten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Versicherer schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung
Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Für die Gesellschaften Allianz, ARAG, AXA, BK, Continentale, DKV, HanseMerkur, MV, UKV gilt: Wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt, kann der Versicherer den Vertrag nicht kündigen. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

3. Vertragsänderung
Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht ihm das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte des Versicherers
Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie im Internet auf der Seite des jeweiligen Versicherers (vgl. Seite 6).

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der jeweils den Vertrag führende, auf Seite 1 genannte Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik-, und IT-Dienstleister, Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, Forderungs- oder Beschwerdemanagement, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse des Versicherers (Seite 6) zu widerrufen. Der Versicherer weist 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 auf Seite 1 genannten Versicherer selbst (unter I und II)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter II)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der beantragten Versicherer und (unter III)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter IV).

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.

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

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

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

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nicht für Allianz/Continentale/DKV/Gothaer/SIGNAL IDUNA KV) (bei Hallesche: Vertragsabschluss nur mit Ihrer Einverständniserklärung möglich)

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

Falls einverstanden bitte ankreuzen: ☐ versicherte Person 1 ☐ versicherte Person 2 ☐ versicherte Person 3 ☐ versicherte Person 4

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass der Versicherer – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Für ARAG/AXA/Continentale/HanseMerkur: Soweit die Versicherer nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

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

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

1.Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

Stand 12/2021 Copyright by iwv versicherungsservice AG

2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Der Versicherer führt 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 überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für den Versicherer und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Diese Liste erhalten Sie bei Antragstellung ausgehändigt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter der Internetadresse des jeweiligen Versicherers eingesehen oder beim Versicherer selbst angefordert werden (vgl. Seite 6). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz/HanseMerkur)
Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.
Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.
Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

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

4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler
Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder 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 oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.
Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie 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 geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

IV. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt
Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Einwilligung in die Einholung von Bonitäts- & Wirtschaftsauskünften
(nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung (bei Münchener Verein auch ohne Umstellungsoption) (bei SIGNAL IDUNA KV, INTER und DKV auch für Krankentagegeldversicherung))

Welche Auskunftei im Einzelfall genutzt wurde, wird Ihnen der Versicherer auf Nachfrage mitteilen.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien (z.B. Bürgel, SCHUFA, Infoscore, Creditreform Boniversum GmbH) einholt und nutzt. Dabei können die Auskunfteien dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren) (gilt nicht für ARAG/uniVersa). Zur Identifikation werden der vollständige Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor. **Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich den Versicherer bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.**

Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung Allianz:
Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist.

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

Folgende Absätze gelten nur bei Beantragung: AXA/DBV/Hallesche: Datenweitergabe an Auskunfteien
Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen des Konzerns 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 während der ersten 5 Jahre der Laufzeit dieses Vertrages zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen sowie zur Überprüfung und Verbesserung der Annahmerichtlinien verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die jeweiligen Versicherer 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.

Weitere wichtige Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Servicedienstleister betreffend.
Datenweitergabe an die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH
Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH können – falls erforderlich – zu vertragsbezogenen Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B., Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH erfahren, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Vermittlerwechsel 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 jederzeit widerruflich bzw. widerrufbar ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach §203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Datenweitergabe die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH betreffend

Ich willige ein, dass der/die Vermittler im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen, aus der Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben an die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH zum Zwecke der Vermittlung, Abwicklung und Betreuung des Versicherungsvertrages übermitteln darf.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich weiterhin ein,** dass der/die Vermittler, die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ich willige darüber hinaus ein, dass die an der Vermittlung des Vertrages beteiligten Vermittler, die ivw Versicherungsservice AG und die DVS GmbH eine vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung oder von mir angegebene oder übermittelte Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung derart verwenden dürfen, dass Angebote ggf. bei mehreren Versicherern eingeholt werden können.

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung
(nur gültig für die Hallesche)
Ich willige ein, dass der Versicherer - soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrages erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.
Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung und der nach den Grundsätzen der jeweiligen Gesellschaft versicherbaren Angehörigen:
(Folgender Hinweis gilt nicht für Barmenia, HanseMerkur und SIGNAL IDUNA KV)
Bitte beachten Sie, dass der Antrag durch die teilnehmenden Versicherer nur angenommen wird, sofern es sich bei der versicherten Person um einen versicherbaren Angehörigen nach nachstehender Definition und ggf. spezifischen Regelungen von Versicherern handelt und somit keine Versicherungssteuer anfällt. (Eine Annahme bei BK/UKV und AXA/DBV Angehörige nach Ziffer 1, 3, 10; Bei der ARAG, Continentale, Gothaer, Münchener Verein, Nürnberger, R+V sind nur „dauerhafte" Angehörige versicherbar bei der Continentale außer Ziffer 8))

Sog. „Dauerhafte" Angehörige sind:
1. der Ehegatte oder Lebenspartner gem. LPartG, auch nach der Scheidung,
2. Verwandte und verschwägerte gerader Linie (z.B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßeltern, Urenkel) */**,
3. Kinder (auch Adoptivkinder und auch nach dem Erlöschen der Adoption),
4. Geschwister *,
5. Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel) *,
6. Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen) *,
7. Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, der Geschwister, sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, (Schwägerinnen und Schwäger) */**,
8. sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, verwandte Personen, z.B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne und Stiefkinder (= (Adoptiv-)Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners gem. LPartG) **,

* auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist.
** auch dann, wenn die Beziehung begründete Ehe oder Lebenspartnerschaft gem. LPartG, nicht mehr besteht.

Sog. „nicht dauerhafte" Angehörige sind:
9. Verlobte,
10. Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftähnlichen Gemeinschaft,
11. Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/Lebenspartners, der Ehegatten/Lebenspartnerin) ***,
12. Stiefeltern.

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

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

Stand 12/2021 Copyright by ivw versicherungsservice AG

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

V. Anschrift/ Rechtsform/ Vorstand/ Aufsichtsratsvorsitzender der Versicherungsunternehmen

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

2. ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstr. 11, 81829 München
Telefax: (089) 41 24-95 25, E-Mail: service@ARAG.de, www.arag.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Shiva Meyer, Dr. Roland Schäfer
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender
Gläubiger ID: DE70ZZZ00000009476

3. AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 50592 Köln
Telefax: (02 21) 148-41914, E-Mail: service@axa.de, www.axa.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Beate Heinisch, Kai Kuklinski,
Dr. Stefan Lemke, Dr. Marc Daniel Zimmermann
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger ID: DE23ZZZ00000066097

4. Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Telefax: (02 02) 4 38 28 46, E-Mail: info@barmenia.de,
www.barmenia.de/de/datenschutz.xhtml
Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h.c. Josef Beutelmann
Gläubiger ID: DE38ZZZ00002227957

5. Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)
Maximilianstraße 53, 81537 München
Telefax: (089) 21 60-80 01, E-Mail: service@vkb.de, www.vkb.de/datenschutz
Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl
Aufsichtsratsvorsitzender: Isabella Pfaller
Gläubiger ID: DE50BK000000156985

6. Concordia Krankenversicherungs-AG
Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Telefax: (0511) 5701-1141 E-Mail: kv@concordia.de, www.concordia.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf (Vors.), Dirk Gronert, Johannes Grale,
Henning Mettler, Lothar See
Aufsichtsratsvorsitzender: Jörn Dwehus
Gläubiger ID: DE05CON00000154303

7. Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Telefax: (0231) 919-3255, E-Mail: Info@continentale.de
www.continentale.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vors.), Dr. Gerhard Schmitz (stv.), Dr. Helmut Hofmeier,
Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve
Aufsichtsratsvorsitzender: Rolf Bauer
Gläubiger ID: DE95ZZZ00000053646

8. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65172 Wiesbaden
Telefax: (02 21) 148-41914, E-Mail: info@dbv-winterthur.de, www.dbv.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Beate Heinisch, Kai Kuklinski,
Dr. Stefan Lemke, Dr. Marc Daniel Zimmermann
Aufsichtsratsvorsitzender: Antimo Perretta
Gläubiger ID: DE23ZZZ00000066097

9. DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Telefax: (01 80) 5 78 60 00, E-Mail: service@dkv.com,
www.dkv.com/unternehmen-dkv-datenschutz-10086.html
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vors.), Ursula Clara Deschka, Christoph Klawunn,
Marcel Röttgen, Heiko Stüber
Aufsichtsratsvorsitzender: Silke Lautenschläger
Gläubiger ID: DE95ZZZ00000012130

10. Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Telefax: (02 21) 308-103, E-Mail: info@gothaer.de, www.gothaer.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Sylvia Eichelberg (Vors.)
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Michael Kurtenbach, Harald Ingo Epple,
Oliver Schoeller
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Werner Görg
Gläubiger ID: DE52ZZZ00000070522

11. Hallesche Krankenversicherung a.G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart,
Telefax: (07 11) 66 03 333, E-Mail: service@hallesche.de, www.hallesche.de/datenschutz
Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettnaker, Wiltrud Pekarek, Marvin Rohm, Udo Wilcsek
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann
Gläubiger ID: DE39ZZZ00000031444

12. HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefax: (040) 41 19-32 57, E-Mail: info@hansemerkur.de,
www.hansemerkur.de/datenschutz/information
Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent
Gläubiger ID: DE74ZZZ00000066149
Der Beitragseinzug erfolgt durch die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der HanseMerkur Krankenversicherung AG.

13. INTER Krankenversicherung AG
Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Telefax: (06 21) 427-79 44, E-Mail: info@inter.de, www.inter.de/datenschutz
Vorstand: Dr. Michael Solf (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael Schillinger, Roberto Svenda
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
Handelsregister-Nummer: HRB 723887, Steuer-Nummer: 38186/89401,
Umsatzsteuer-ID: DE167724895
Gläubiger ID: DE84ZZZ00001899172

14. Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Telefax: (089) 51 52-15 01, E-Mail: info@muenchener-verein.de,
www.muenchener-verein.de/pflichtangaben/datenschutz
Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller, Dr. Martin Zsohar (bis 31.03.2021)
Aufsichtsratsvorsitzender: Herr Franz Xaver Peteranderl,
Gläubiger ID: DE76ZZZ00000035752

15. NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Telefax: (09 11) 531-4116, E-Mail: info@nuernberger.de, www.nuernberger.de/datenschutz
Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb
Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger
Gläubiger ID: DE14ZZZ00000057335

16. R+V Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: (0611) 533-4500, E-Mail: ruv@ruv.de
www.ruv.de/datenschutz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Nina Henschel, Dr. Matthias Ising
Gläubiger ID: DE1500800000136566

17. SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Telefax: (02 31) 135-46 38, E-Mail: info@signal-iduna.de,
www.signal-iduna.de/dienstleisterliste, www.signal-iduna.de/verhaltensregeln
Vorstand: Ulrich Leitermann (Vors.), Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld,
Dr. Karl-Josef Bierth, Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter
Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte
Gläubiger ID: DE81ZZZ00000103174

18. UKV - Union Krankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Telefax: (06 81) 844-25 09, E-Mail: service@ukv.de,
http://www.ukv.de/web/html/start/ueber_uns/datenschutz
Vorstand: Andreas Kolb (Vors.), Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl
Aufsichtsratsvorsitzender: Isabella Pfaller
Gläubiger ID: DE69UKV00000157419

19. uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg
Telefax:(0911)5307-1788, E-Mail: info@uniVersa.de, www.universa.de/datenschutz
Vorstand: Michael Baulig (Vors.), Werner Gremmelmaier, Frank Sievert
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Hubert Weiler
Gläubiger ID: DE16ZZZ00000102598
(Der Beitragseinzug erfolgt durch die uniVersa Lebensversicherung a.G.; sie handelt im Namen und auf Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.)

20. Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Telefax: +49 (0) 931- 2795-291, E-Mail: vt@wuerzburger.com, www.wuerzburger.com
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vors.), Timo Hertweck
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Ronald Frohne
Gläubiger ID: DE30ZZZ00000030954

*** Für Tarif clinic A+U gilt folgendes: Personen, die als Berufssportler (Sportprofis) tätig oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal), können nicht nach diesem Tarif versichert werden. Für clinic U zusätzlich: Die Leistungspflicht für Krankenhausbehandlung bei Unfall entfällt bedingungsgemäß für die Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Definition Gesamteinkommen
Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter (auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)), Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb. Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Pauschbetrag. 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, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Widerrufsrecht
Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheines widerrufen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit den Antragsunterlagen (bei Barmenia, Concordia, Gothaer, HanseMerkur, Inter, uniVersa) und/oder spätestens mit dem Versicherungsschein.

Widerspruchsrecht
Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung
Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an den Versicherer und /oder an den Vermittler.

Stand 12/2021 Copyright by iwv versicherungsservice AG