

## Ihr Antrag auf

- ☐ Private Krankenversicherung
- ☐ Private Kranken(haus)tagegeldversicherung
- ☐ Private Pflegepflichtversicherung
- ☐ Private Krankenhaus-Wahlleistung (Akut + Unfall)



## Gültig für folgende Gesellschaften

**Allianz Private Krankenversicherungs-AG**  
**ARAG Krankenversicherungs-AG**  
**AXA Krankenversicherung AG**  
**Barmenia Krankenversicherung AG**  
**Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)**  
**Concordia Krankenversicherungs-AG**  
**Continental Krankenversicherung a.G.**  
**DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung**  
**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**  
**Gothaer Krankenversicherung AG**  
**Hallesche Krankenversicherung a.G.**

**HanseMerkur Krankenversicherung AG**  
**INTER Krankenversicherung AG**  
**Landeskrankenhilfe V.V.a.G**  
**Münchener Verein Krankenversicherung a.G.**  
**NÜRNBERGER Krankenversicherung AG**  
**ottonova Krankenversicherung AG**  
**R+V Krankenversicherung AG**  
**SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.**  
**Süddeutsche Krankenversicherung a.G.**  
**UKV - Union Krankenversicherung AG**  
**uniVersa Krankenversicherung a.G.**

## Seite 1 von 7

# 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.

Körpergröße und Gewicht

- 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?
- Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder – aufgrund von Vorerkrankungen – medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Kieferorthopäden, Zahnärzten, Therapeuten, Heilpraktikern statt, sind angeraten oder beabsichtigt? ((bei Allianz, DKV, R+V, SIGNAL IDUNA KV, SDK amb. Operationen 5 Jahre) für ottonova, R+V zusätzlich für die letzten 10 Jahre auch Untersuchungen des Gehirns oder Nervensystems oder wegen einer Krebs- oder Tumorerkrankung)
- 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)
- Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung, Therapie/Gesprächstherapie, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer, psychiatrischer 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, ottonova, R+V, SIGNAL IDUNA, SDK, uniVersa die letzten 10 Jahre)?
- Besteht eine Fehlsichtigkeit?  
(nicht zu beantworten bei HanseMerkur, LKH, ottonova, R+V und Dioptrien-Angaben bei Allianz und Barmenia nicht notwendig)
- Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden? (nicht zu beantworten bei HanseMerkur)
- Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, eine chronische Erkrankung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit? (bei ARAG, DKV LKH: 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.
- Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (nicht zu beantworten bei HanseMerkur, INTER) 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, SDK, uniVersa die letzten 10 Jahre, HanseMerkur, LKH zeitlich unbegrenzt, ottonova: 2 Wochen am Stück, R+V: Arzneimittel nur 12 Monate).
- Wurde eine HIV Infektion festgestellt bzw. steht noch ein Testergebnis aus? Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?
- Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? (Lückenschluss gilt nicht für MV, uniVersa)
- Besteht eine Zahnbetterkrankung, eine Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- bzw. Knirscherschiene getragen? (nur zu beantworten bei ALLIANZ, ARAG, Concordia, Continentale, DKV, Hallesche, HanseMerkur, INTER, LKH, Nürnberger, R+V, SDK, SIGNAL IDUNA KV und uniVersa) Fanden Parodontosebehandlungen/Zahnfleischerkrankungen statt? (Abfragezeitraum: Continentale 12 Monate / INTER 14 Monate / DKV, SIGNAL IDUNA 36 Monate, LKH 60 Monate)
- Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, sind mit Inlays bzw. Onlays und/oder eine – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt? (zu beantworten bei Allianz, BK, UKV, Concordia, Continentale, Hallesche, INTER (auch Techniken), Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV) bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz.
- Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? (zu beantworten bei BK, DKV, Continentale, Gothaer, Hallesche, INTER, Münchener Verein, Nürnberger und SIGNAL IDUNA KV). **SIGNAL IDUNA KV: Wenn Zahnersatz jünger als 5 Jahre bitte den Zahnarzt angeben.**

### Person 1

cm  kg  
☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

li  re  
☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja Anzahl

☐ nein ☐ ja

ersetzt überkront  
   
MM/JJ MM/JJ

### Person 2

cm  kg  
☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

li  re  
☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja Anzahl

☐ nein ☐ ja

ersetzt überkront  
   
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 Antragsnummer 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, Gothaer, INTER, LKH, 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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zuschläge

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

RZ für Pers.	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ in €	RZ wegen Diagnose
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Auslandsaufenthalt

nur für SIGNAL IDUNA 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

Nur anzugeben bei Tarifen mit Hausarztprinzip (z.B. AXA EL Bonus)

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

### Leistungsausschluss

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

### Krankentagegeld

Höhe des regelmäßigen durchschnittlichen, monatlichen Einkommens der letzten 12 Monate

### Angestellt

Brutto

Netto

### Selbständig

Versteuerter Gewinn

Dauer Gehaltsfortzahlung  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

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 6) der beantragten ☐ Person 1/ ☐ Person 2 nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2025 = € 535,-) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nicht über der jeweils geltenden geringfügigkeitsgrenze (2025 = € 556,-) 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.

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



# 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 7, 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 Lastschritfeinzugs von 14 Kalendertagen auf bis zu 3 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird (Continental/ SIGNAL IDUNA KV ein Tag). Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine. Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen (sofern Kontoinhaber gleich Antragsteller). Die Mandatsreferenznummer wird gesondert mitgeteilt.

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>			Geldinstitut	<input type="text"/>		

Zahlungsempfänger  (die Gläubiger-ID entnehmen Sie bitte der Schlusserklärung auf Seite 7)

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

Datum, **Unterschrift des Kontoinhabers**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Zahlungsweise: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

(bei viertel-, halb- und jährlicher (bei Allianz, R+V nur monatlich) Zahlungsweise wird bei einigen Gesellschaften Skonto gewährt). 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 beantragte oder eine beantragte abgelehnt, bzw. eine Ruhestellung beantragt? Der Vorversicherungsnachweis wird vom Antragsteller/ Versicherungsnehmer 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 unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.**

	Versicherer bzw. Kasse	besteht seit	endet zum	gekündigt durch	Angaben zu Ergänzungsversicherungen inkl. Tagegelder	nein
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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 / Bezeichnung und Stand

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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).**

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den auf Seite 1 genannten Versicherer selbst
- 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
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers
  - Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - Datenweitergabe an Rückversicherungen
  - Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler
- Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

**Ferner willige ich in die Einholung von Bonitäts- & Wirtschaftsauskünften, sowie in die Verarbeitung meiner Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Beschaffung der Rentenversicherungsnummer und Krankenversicherungsnummer ein (siehe Seite 5).**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

**Unterschrift des Antragstellers**

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen, ab dem vollendeten 14. Lebensjahr

**Mit den Anträgen auf Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie iuv (clinic U Unfall/clinic A akut) 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 auf 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Unterschrift zu versichernde Person 1	Unterschrift zu versichernde Person 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Unterschrift des Antragstellers/</b> bei Minderjährigen Unterschrift gesetzliche Vertreter	Unterschrift zu versichernde Person 3	Unterschrift zu versichernde Person 4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

# 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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- 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 zur 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, LKH, MV, SDK, 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 Kostenersatzung 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 Gefahrsicherung 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 7).

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, des 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, zentrale Datenverwaltung, Forderungs- oder Beschwerdemanagement, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse des Versicherers (Seite 7) 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 III)
- 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/LKH: 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 weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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

#### 1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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



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

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 Schweigepflichtenbindung 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 7). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

**3. Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Allianz/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 Informationen 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 selbstständige Versicherungsvermittler**

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige 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 sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**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 Umstellungs-option) (bei Continentale, SIGNAL IDUNA KW, INTER und DKV auch für Krankentagegeldversicherung))  
Welche Auskunft 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 Auskunftseinstellen (z.B. Bürgel, SCHUFA, Infoscree, Creditreform Boniversum GmbH) einholt und nutzt. Dabei können die Auskunftseinstellen 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 uniVersal). Zur Identifikation werden die 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 beziehe ich freiwillig und jederzeit widerruflich den Versicherer im Hinblick der Weitergabe der nach § 203 StGB geschützten Daten an die Auskunftstellen von seiner Schweigepflicht.

**Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung Allianz & LKH:**

Unabhängig davon, ob der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunftseinstellen 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 Auskunftstellen von ihrer Schweigepflicht.**

**Folgender Absatz gilt nur bei Beantragung DKV:** Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfung zu meiner Person übermittelten Ergebnisse während der ersten drei Jahre der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien erneut ausgewertet werden dürfen.

**Folgende Absätze gelten nur bei Beantragung: AXA/DBV/Hallesche: Datenweitergabe an Auskunftseinstellen**  
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 Auskunftstelle 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 Auskunftstelle (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 Auskunftseinstellen 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 iww 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 iww 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 iww 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 iww Versicherungsservice AG und die DVS GmbH übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**Datenweitergabe der iww 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 iww 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 iww 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 iww Versicherungsservice AG und die DVS GmbH eine vorstehende Schweigepflichtenbindungserklärung oder von mir angegebene oder übermittelte Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung derart verwenden dürfen, dass Angebote ggf. bei mehreren Versicherern eingeholt werden können.

**Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten und Schweigepflichtenbindungserklärung zur Beschaffung der Rentenversicherungsnummer und Krankenversichertennummer (bei der AXA/DBV, Allianz, BK/UKV, Continentale & R+V handelt es sich hier um eine freiwillige Angabe)**

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept. Für sie privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

**1. Beschaffung der Rentenversicherungsnummer (RVNR) und Krankenversichertennummer (KVNR)**

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihre persönliche Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigt der Versicherer Ihre KVNR. Auch für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme (z. B. bei Brustimplantaten, Herzklappen, Hüftprothesen u. a.) wird nach dem Implantatregistergesetz eine KVNR benötigt.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt der Versicherer diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter [www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/](http://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/). Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Da die Vergabe bzw. der Abgleich der KVNR auf der Grundlage der RVNR erfolgt, ist es erforderlich, dass der Versicherer der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und die RVNR übermittelt. Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben wurde, lässt der Versicherer diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden. Sofern eine RVNR vorhanden ist, ruft der Versicherer diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. In beiden Fällen ist es erforderlich, dass der Versicherer der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermittelt: Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname, ggf. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggf. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggf. Kennzeichen für Mehrlingsgeburten.

Die vorangestellten Erklärungen ermöglichen den Abgleich bzw. die Vergabe der KVNR und der RVNR und umfassen nicht die weitere Datenverarbeitung wie z. B. die Verwendung der KVNR für die konkrete Nutzung der Anwendungen der TI.

**2. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtenbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können. Wenn Sie im Falle einer ungeplanten oder zeitkritischen Implantation noch nicht über eine KVNR verfügen, kann dies zu Verzögerungen führen.

**3. Erklärung für vertretene Personen**

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.

**Einwilligungserklärungen**

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist, und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist, und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

**Datenübermittlung an das Bundeszentralamt für Steuern**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer gemäß § 39 Abs. 4a EStG verpflichtet ist, jährlich für das darauffolgende Jahr, dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) die Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge zur Erlangung eines steuerfreien Zuschusses des Arbeitgebers nach § 3 Nr. 62 EStG sowie zur Berechnung der Lohnsteuer durch den Arbeitgeber nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG unter Angabe der Vertrags- oder Versicherungsdaten zu übermitteln. In diesem Zusammenhang werden auch weitere personenbezogene Daten übermittelt: Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer, Steuer-IDNr., Versicherungsnummer.

**Widerspruchrecht**

Sie haben das Recht, der Übermittlung der Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge nach § 39 Absatz 4a EStG gegenüber dem Versicherer jederzeit formlos ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen.

#### **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,

#### **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 HanseMerkur oder 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) \*/\*\*,

#### **Erklärung zum Zuschlag aufgrund einer Erkrankung (nur für Conti)**

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Änderung des versicherten Erstattungsprozentsatzes - auch bei einem Tarifwechsel - der Zuschlag im Verhältnis des bisherigen zum neuen versicherten Erstattungsprozentsatz angepasst wird. Führt ein Tarifwechsel bei unverändertem Erstattungsprozentsatz zu einer Beitragsreduzierung, wird der Zuschlag in absoluter Höhe übernommen. Ändert sich lediglich die Selbstbeteiligung oder wird erstmals eine Selbstbeteiligung vereinbart, wird der Zuschlag in absoluter Höhe übernommen. Bei sonstigen Beitragsänderungen wird der Zuschlag in demselben Verhältnis angepasst. Während einer Anwartschaftsversicherung ist der Zuschlag nicht zu zahlen

\*\*\* 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, Drachenvliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freediving.

#### **Voraussetzung für die beitragsfreie Versicherung von Kindern in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (vgl. § 8 IMB/PPV)**

(1) Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

(2) Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- a) nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- b) nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- e) kein Gesamteinkommen\* haben, das, falls nicht geringfügig beschäftigt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV bzw. § 8a SGB IV: regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2025: 535 Euro) überschreitet bzw. falls geringfügig beschäftigt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV bzw. § 8a SGB IV: regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze gemäß § 8 Abs. 1a SGB IV (2025: 556 Euro) überschreitet.

#### **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, Bürgergeld, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

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.

8. sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner gem. LPartG, verwandte Personen, z.B. Schwiegereltern, Schwiebertöchter, 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.

(3) Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes, wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,

d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstabe a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder Nr. 11 SGB XI oder nach § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.



# 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](mailto:krankenversicherung@allianz.de), [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Jan Esser (Vors.), Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Anke Idstein, Tina Maric, 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](mailto:service@ARAG.de), [www.arag.de/datenschutz](http://www.arag.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Jan Moritz Freyland, Dr. Felicitas Hoppe, Dr. Roland Schäfer (Vorstandssprecher)  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender  
Gläubiger ID: DE70ZZZ00000009476

## 3. AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 50592 Köln  
E-Mail: [service@axa.de](mailto:service@axa.de), [www.axa.de/datenschutz](http://www.axa.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Irina Buchmann, Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Daniela-Carina Pohl, Kayum Guerrero  
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](mailto:info@barmenia.de), [www.barmenia.de/de/datenschutz.xhtml](http://www.barmenia.de/de/datenschutz.xhtml)  
Vorstand: Christian Ritz (Vors.), Thomas Bischof, Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Ingo Eppler, Dr. Andreas Eurich, Frank Lamsfuß, Oliver Schoeller, Alina vom Bruck  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann  
Gläubiger ID: DE38ZZZ0000227957

## 5. Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK)

Maximilianstraße 53, 81537 München  
E-Mail: [service@vkb.de](mailto:service@vkb.de), [www.vkb.de/datenschutz](http://www.vkb.de/datenschutz)  
Vorstand: Klaus G. Leyh (Vors.), Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist, Frank-Andreas Werner  
Aufsichtsratsvorsitzende: Isabella Martorell Naßl  
Gläubiger ID: DE50BK000000156985

## 6. Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover  
Telefax: (0511) 5701-1141 E-Mail: [kv@concordia.de](mailto:kv@concordia.de), [www.concordia.de/datenschutz](http://www.concordia.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf (Vors.), Johannes Grale, Dirk Gronert, Julia Palte  
Aufsichtsratsvorsitzender: Jörn Dwehus  
Gläubiger ID: DE05CON00000154303

## 7. Continentale Krankenversicherung a.G.

Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund  
Telefax: (0231) 919-3255, E-Mail: [Info@continentale.de](mailto:Info@continentale.de), [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vors.), Dr. Marcus Kremer, Marcus Lauer, Dr. Thomas Nienmöller, Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Christoph Helmich  
Gläubiger ID: DE95ZZZ00000053646

## 8. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG  
Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden  
E-Mail: [info@dbv-winterthur.de](mailto:info@dbv-winterthur.de), [www.dbv.de/datenschutz](http://www.dbv.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vors.), Irina Buchmann, Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Daniela-Carina Pohl  
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](mailto:service@dkv.com), [www.dkv.com/unternehmen-dkv-datenschutz-10086.html](http://www.dkv.com/unternehmen-dkv-datenschutz-10086.html)  
Vorstand: Frauke Fiegl (Vorsitzende), Nina Henschel, Christoph Klawunn, Heiko Stüber  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Oliver Wilmes  
Gläubiger ID: DE95ZZZ000000012130

## 10. Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln  
Telefax: (02 21) 308-103, E-Mail: [info@gothaer.de](mailto:info@gothaer.de), [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz)  
Vorstand: Christian Ritz (Vors.), Thomas Bischof, Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Ingo Eppler, Dr. Andreas Eurich, Frank Lamsfuß, Oliver Schoeller, Alina vom Bruck  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann  
Gläubiger ID: DE52ZZZ00000070522

## 11. Hallesche Krankenversicherung a.G.

Löffelstr. 34-38, 70597 Stuttgart  
Telefax: (07 11) 66 03 333, E-Mail: [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de), [www.hallesche.de/datenschutz](http://www.hallesche.de/datenschutz)  
Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner, Dr. Jochen Kriegmeier, Wiltrud Peters, Martin Rohm, Udo Wilsek  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Botermann  
Gläubiger ID: DE88ZZZ0000001444

## 12. HanseMerkur Krankenversicherung AG

Sigfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg  
Telefax: (040) 4 19-32 07, E-Mail: [info@hansemerkur.de](mailto:info@hansemerkur.de), [www.hansemerkur.de/datenschutz/information](http://www.hansemerkur.de/datenschutz/information)  
Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse, Johannes Ganzer, Raik Mildner  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Andreas Gent  
Gläubiger ID: DE74ZZZ000000066149  
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](mailto:info@inter.de), [www.inter.de/datenschutz](http://www.inter.de/datenschutz)  
Vorstand: Roberto Svenda (Sprecher), Dr. Sven Koryciroz, Dr. Günther Blaich  
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas  
Handelsregister-Nummer: HRB 723887, Steuer-Nummer: 38186/89401, Umsatzsteuer-ID: DE167724895  
Gläubiger ID: DE84ZZZ000001899172

## 14. Landeskrankenhilfe V.V.a.G

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg  
Telefax: (04131) 403402, E-Mail: [info@lkh.de](mailto:info@lkh.de), [www.lkh.de/datenschutz](http://www.lkh.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Matthias Brake (Vors.), Pavel Berkovitsch, Jan-Peter Diercks, Gisela Lenk  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Wolfgang Walz  
Gläubiger ID: DE73ZZZ000000371814

## 15. Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Pettenkoferstraße 19, 80336 München  
Telefax: (089) 51 52-15 01, E-Mail: [info@muenchener-verein.de](mailto:info@muenchener-verein.de), [www.muenchener-verein.de/datenschutz](http://www.muenchener-verein.de/datenschutz)  
Vorstand: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Peter Bauer, Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg  
Aufsichtsratsvorsitzender: Herr Franz Xaver Peteranderl,  
Gläubiger ID: DE76ZZZ000000035752

## 16. NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg  
Telefax: (09 11) 531-4116, E-Mail: [info@nuernberger.de](mailto:info@nuernberger.de), [www.nuernberger.de/datenschutz](http://www.nuernberger.de/datenschutz)  
Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb  
Aufsichtsratsvorsitzende: Katja Briones-Schulz  
Gläubiger ID: DE14ZZZ00000057335

## 17. ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München  
E-Mail: [info@ottonova.de](mailto:info@ottonova.de), [www.ottonova.de](http://www.ottonova.de)  
Vorstand: Vorstand: Dr. Bernhard Brühl (Vorsitz), Christopher Koker, Dr. Martin Betzwieser  
Aufsichtsrat: Karl-Heinz Naumann (Vorsitzender)  
Gläubiger ID: DE23ZZZ00002016282

## 18. R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden  
Telefax: (0611) 533-4500, E-Mail: [ruv@ruv.de](mailto:ruv@ruv.de), [www.ruv.de/datenschutz](http://www.ruv.de/datenschutz)  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.  
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende: Stefan Huhn, Dr. Matthias Ising  
Gläubiger ID: DE1500800000136566

## 19. Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach  
Telefax: 0711 7372 7240; E-Mail: [sdv@sdv.de](mailto:sdv@sdv.de), [www.sdv.de](http://www.sdv.de)  
Vorstand: Dr. Ulrich Mitzlaff (Sprecher), Olaf Engemann, Ralf Oestereich  
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher  
Amtsgericht Stuttgart, HRB 263277, USt-ID-Nr.: DE147802210  
Gläubiger ID: DE62SDK00000062000

## 20. SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund  
Telefax: (02 31) 135-46 38, E-Mail: [info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de), [www.signal-iduna.de/dienstleisterliste](http://www.signal-iduna.de/dienstleisterliste), [www.signal-iduna.de/verhaltensregeln](http://www.signal-iduna.de/verhaltensregeln)  
Vorstand: Torsten Uhlig (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Stefan Lemke, Alexandra Markovic-Sobau  
Johannes Rath, Daniela Rode, Fabian Schneider, Clemens Vatter  
Aufsichtsratsvorsitzender: Reinhold Schulte  
Gläubiger ID: DE81ZZZ00000103174

## 21. UKV - Union Krankenversicherung AG

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken  
E-Mail: [service@ukv.de](mailto:service@ukv.de), [www.ukv.de/content/ueber\\_uns/datenschutz](http://www.ukv.de/content/ueber_uns/datenschutz)  
Vorstand: Klaus G. Leyh (Vors.), Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist, Frank-Andreas Werner  
Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Kolb  
Gläubiger ID: DE69UKV00000157419

## 22. uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg  
Telefax: (0911) 5307-1788, E-Mail: [info@uniVersa.de](mailto:info@uniVersa.de), [www.universa.de/datenschutz](http://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.)

### 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, Hallesche, HanseMerkur, LKH, INTER, SDK, 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.