



Maßstäbe / **neu definiert**

# **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes über eine Krankenzusatzversicherung (außer Options-Tarife) und Pflegevorsorgeversicherung**

## **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes**

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten.

Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigelegt.

Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam.

Über den Zugang werden wir Sie informieren.

■ Es betreut Sie:



Bitte in Blockschrift ausfüllen

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

Form fields for applicant details: Antragsteller/-in (Herr/Frau), Name, Vorname, Titel, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort.

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

Form fields for professional information: Berufliche Tätigkeit, Branche, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit.

Form fields for employment status: Privatwirtschaft, Öffentlicher Dienst, Arbeiter/-in, Beamter/Beamtin, Angestellte/-r, Student/-in, Selbstständige/-r, Hausfrau/-mann, Freiberufler, Sonstige.

Form fields for contact information: Telefon, Telefax, E-Mail.

Form fields for AXA/DBV/DBV-Winterthur-Vorversicherung: Sind oder waren Sie oder ein Familienmitglied bereits bei der AXA/DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? (ja/nein), Versicherungsnummer.

Form fields for insured person: Zu versichernde Person und Tarife (männlich/weiblich), Tarife, Beitrag in EUR.

Form fields for insured person details: Name, Geburtsname\*, Vorname/n \*(alle Vorname).

Form fields for insured person details: Geburtsdatum, Geburtsort\*, Staatsangehörigkeit.

Form field for insured person details: ausgeübte berufliche Tätigkeit.

Form fields for insured person details: Voraussichtliches Ausbildungsende, Tag/Monat/Jahr.

Form fields for insured person details: Employment status checkboxes (Privatwirtschaft, Öffentlicher Dienst, Hausfrau/-mann, Arbeiter/-in, Angestellte/-r, Student/-in, Freiberufler, Beamter/Beamtin, Sonstige).

Form field for insured person details: - selbstständig seit.

Form field for insured person details: - Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter.

Form field for insured person details: - Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift.

Summe (Mindest-Zahlbeitrag 5 EUR, ggf. Zahlweise ändern) Monatsbeitrag abzüglich 5 EUR Förderung (Gilt nur, wenn der Tarif GEPV beantragt ist)

Form fields for pension insurance: Nur anzugeben/ zu beantworten, wenn der Tarif GEPV (Pflege-Bahr) beantragt wird. Rentenversicherungsnummer (= Sozialversicherungsnummer).

Form field for additional insurance: Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? (ja/nein).

Form fields for insurance start: Versicherungsbeginn / Zahlweise (01., monatlich, 1/2-jährlich, 1/4-jährlich, jährlich).

Form fields for contribution information: Information zum Beitragseinzug (Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat).

Form fields for contribution information: IBAN (oder Kontonummer), BIC (oder Bankleitzahl).

Form fields for contribution information: Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Beitragzahler Name, Vorname, Unterschrift Beitragszahler).

Form fields for sick pay: Für Krankentagegeldtarife bitte angeben (Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens in EUR, Nettoeinkommens in EUR).

Form field for sick pay: Anspruch auf Gehaltsfortzahlung (Ja, Wochen; Nein).

Form fields for existing insurance: Weiterhin bestehende Versicherungen (Deutsche Pflegepflichtversicherung, ja/nein; Versicherer).

Form fields for existing insurance: Krankheitskostenvollversicherung (GKV, PKV; Name des Versicherers, Vertragsnummer).

Form fields for existing insurance: Zusatzversicherungen (ambulante, stationäre, Zahnzusatz; Versicherungsart, Name des Versicherers).

Form fields for existing insurance: Tagesgeldversicherungen (Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld, Pflegetagegeld; Tagesgeldhöhe, Versicherungsart, Name des Versicherers).

Form field for remarks: Bemerkungen/ Vereinbarungen.



\* nur bei Beantragung des Tarifes GEPV (Pflege-Bahr) erforderlich

	Antragsteller/-in Name	Vorname
--	------------------------	---------

**Angaben zum Gesundheitszustand**

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

Größe	cm
Gewicht	kg

Tragen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille/Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig/angeraten? Wenn „ja“, geben Sie bitte die Dioptrienzahl links/rechts an. L R  ja  nein

1. Finden oder fanden in den folgenden Zeiträumen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen – auch aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern oder aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen – durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt?  ja  nein  
 ambulant – in den letzten 3 Jahren?  ja  nein  
 stationär – in den letzten 5 Jahren?  ja  nein
- 1a. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein
2. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente – mindestens 10 Tage ununterbrochen – eingenommen bzw. angewandt?  ja  nein  
 Gilt auch für nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Aspirin).
- 2a. Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit von Medikamenten Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen?  ja  nein
3. Liegt bei Ihnen eine HIV-/Aids-Infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus?  ja  nein
4. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss, fehlende Weisheits-/Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.) Bitte Anzahl angeben.  ja  nein  
\_\_\_\_\_
- 4a. Befinden Sie sich zur Zeit in einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein
- 4b. Tragen Sie eine Aufbiss-/Knirscher-/Retentions-/Protrusionsschiene?  ja  nein
- 4c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose/Parodontitis usw.), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie?  ja  nein

**Nur für Tarife mit Zahnleistungen zu beantworten**

5. Besteht eine anerkannte Behinderung/Schwerbehinderung oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche jemals beantragt? Bitte geben Sie die jeweils ursächliche/n Diagnose/n an.  ja  nein
6. Bestehen bei Ihnen durch einen Arzt oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen diagnostizierte, dauerhafte oder immer wieder auftretende Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche/geistige Veränderungen oder Funktionsbeeinträchtigungen – oder ist eine medikamentöse Behandlung/ Therapie/Kontrolluntersuchung durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen notwendig oder angeraten?  ja  nein

**Nicht anzeigepflichtig sind folgende Krankheiten, wenn sie als Einzeldiagnosen vorliegen:**

Akne, Allergien, Bluthochdruck – wenn medikamentös gut eingestellt (Hypertonie), Cholesterinwerte – erhöhte, Divertikulitis (Darmdivertikel), Gastritis (Magenschleimhautentzündung), Jodmangel, Migräne, Neurodermitis, Prostatavergrößerung – gutartige, Schielen, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion – die angeborene Schilddrüsenunterfunktion ist anzugeben, Schuppenflechte (Psoriasis), Sinusitis – chronische, Sodbrennen – ohne ursächliche Diagnose, Stottern, Tinnitus, Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom).

**Für Personen ab Vollendung des 66. Lebensjahres ist mit der Antragstellung (nur Pflegeergänzungstarife oder Kombination Pflegeergänzungstarife + andere Zusatztarife) nur das Ärztliche Zeugnis für die Pflegeergänzungsversicherung einzureichen.**

**Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Ziffer der Frage**

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

zu Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/ Art der Beschwerden/Art der Behandlungen – ambulant oder stationär – in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren sowie Art der Therapie (z. B. Gesprächs-/Ergotherapie, Logopädie), Art des Körperimplantats/ Fremdmaterials/Art und Anwendungszeit der Medikamente (dazu zählt auch die Anwendung von Salben, Tropfen, Spritzen) Art und Menge zu Fragen 2. und 2a	behandelt von - bis	Arbeitsunfähig amb. stat. von - bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<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"/>			

**Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen**

zu Frage Name und genaue Anschrift des Behandlers/der Behandlerin (z. B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in, ...)




## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der AXA Krankenversicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG

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

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

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

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

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

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG

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

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

**Ich willige ein**, dass die AXA Krankenversicherung AG 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 die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

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

**Ich willige ein**, dass die AXA Krankenversicherung AG 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 die AXA Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.



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

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

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

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

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

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

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

### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ich willige ein**, dass die AXA Krankenversicherung AG 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.

**Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen**

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

Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.

Mit Ihrer Unterschrift fordern Sie uns zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes zu dem von Ihnen gewünschten Krankenversicherungsschutz auf. Wir werden anhand der von Ihnen gemachten Angaben prüfen, ob wir Ihnen ein Ihren Wünschen entsprechendes Angebot unterbreiten können. Das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Ihnen kurzfristig mitteilen. Ergeben sich keine Hinderungsgründe, erhalten Sie unser Angebot in Form eines Versicherungsscheines. Müssen wir hinsichtlich des Umfangs des Versicherungsschutzes, Beitrag etc. von Ihren Vorgaben abweichen, werden wir Sie hierüber informieren und die Abweichungen kenntlich machen.

Bitte beachten Sie, dass durch die Übersendung des Angebots in Form eines Versicherungsscheines noch kein Vertrag zu Stande kommt. Für den Vertragsschluss ist es erforderlich, dass Sie uns ein Exemplar des Angebotes bzw. die dem Angebot beigefügte Annahmeerklärung unterschrieben zurücksenden. Bitte prüfen Sie vor Absendung Ihrer Annahmeerklärung, ob die bisher von Ihnen gemachten Gesundheitsangaben vollständig und zutreffend sind. Über Fehler oder fehlende Angaben informieren Sie uns bitte. Zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen teilen Sie uns bitte ebenfalls mit. Sobald uns Ihre Annahmeerklärung zugegangen ist, erhalten Sie von uns ein Bestätigungsschreiben. Bitte melden Sie sich, wenn Sie trotz Rücksendung der Annahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen keine Bestätigung von uns erhalten. An unser verbindliches Angebot halten wir uns 14 Tage gebunden. Entscheiden Sie sich gegen unser Angebot, müssen Sie nichts veranlassen. Ein Vertrag kommt ohne Ihre ausdrückliche Annahmeerklärung nicht zu Stande.

Sie sind verpflichtet, Untersuchungen, Behandlungen sowie alle Veränderungen im Gesundheits- und Gebisszustand der zu versichernden Person(en), die bis zur Annahme des verbindlichen Angebotes eintreten, der AXA Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

**Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr)**

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

**Zudem bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit einer staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nach Tarif GEPV (Pflege-Bahr) erfülle. Diese sind:**

- 1. Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.**
  - 2. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.**
  - 3. Ich beziehe zur Zeit keine Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI aus der Pflegeversicherung und habe solche auch noch nicht bezogen.**
- Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Riester-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagenummer abzufragen.**

**Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge FLEX**

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

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

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

**Ort, Datum, Unterschriften**

Ort und Datum
Unterschrift Antragsteller/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter
Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen (frühestens mit Alter 16)

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel
und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen



**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

**Zahlungsempfänger**

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

**Zahlungspflichtiger**

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  .  .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

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

Ort, Datum

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_



Antwort

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



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

### Bestätigungen zum Einkommen

Bei Anforderung eines Angebotes einer Verdienstaufschlag-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, dass das vereinbarte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch das versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

### Versicherbares Einkommen in der Krankentagegeldversicherung

Zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern

- für Arbeiter/-innen/Angestellte:  
Nettoeinkommen zuzüglich der vollen Beiträge für Kranken-, Renten- und Pflegepflichtversicherung (Krankheitskostenvollversicherung)  
Differenz zwischen Nettoeinkommen und Krankengeld (Zusatzversicherung)
- Selbstständige/Freiberufler einschließlich selbstständige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen 80% des Gewinns vor Steuern (Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten [wie z. B. Löhne, Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Kapitalerträge] etc. können nicht berücksichtigt werden).

### Sondervertrag

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

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

### Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes im Invitativmodell

#### Widerrufsrecht

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

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

#### Widerrufsfolgen

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

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

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

#### Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

### Hinweis zur Werbung

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

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

### Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht.

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt. Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA)
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

### Erstattungskonto

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

**AXA Krankenversicherung AG**  
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln  
Internet: [www.AXA.de](http://www.AXA.de)  
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012  
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr. 9116/810/03020  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser  
Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;  
Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent, Wolfgang Hanssmann,  
Jens Hasselbacher, Dr. Heinz-Jürgen Schwing  
**24-Stunden-Kundenservice: (02 21) 1 48-4 10 00**





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

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

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

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

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

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

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

### 2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 1 Satz 3 erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

### 3. Vertragsänderung

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

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

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

## Ausübung der Rechte des Versicherers

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

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

## Stellvertretung

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





**Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen:**

- AXA Assistance Deutschland GmbH
- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Life Europe Ltd. Niederlassung Deutschland
- AXA Schaden Experten GmbH
- AXA Versicherung AG
- DBV Deutsche Beamtenversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- INREKA GmbH
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Lucramount AG
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
- win Health Consulting GmbH

**Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrages (Einzelbenennung):**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Group Solutions SA Zweigniederlassung Köln	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	nein
	AXA Logistic Services GmbH	Postbearbeitung, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Technology Services Germany GmbH	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Customer Care Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH Auto und Reise Assistance	Telefonischer Kundendienst	nein
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
AXA Krankenversicherung AG	Medx	Leistungsbearbeitung	ja
	ViaMed	Leistungsprüfung	ja
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	Medical Contact AG	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
AXA Lebensversicherung AG	AXA Bank	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	April Deutschland AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
AXA Versicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	April Deutschland AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
DBV Deutsche Beamtenversicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Diseasemanagement	ja <sup>1</sup>

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung	zum Teil <sup>1</sup>
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil <sup>1</sup>
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen	ja
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug	ja
	Inkassounternehmen	Realisierung titulierter Forderungen	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja

<sup>1</sup> mit separater Einwilligung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.AXA.de/Datenschutz](http://www.AXA.de/Datenschutz) einsehbar.

