



Bitte in Blockschrift ausfüllen

Interne Angaben DBV-W

KGR	GD/VD	Vermittler-Nr. 1	Vermittler-Nr. 2	Motiv	VK
-----	-------	------------------	------------------	-------	----

Interne Angaben AXA

NL/VD	BD	AB	Verm.-Nr.	PT-Nr.
-------	----	----	-----------	--------

<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> OD					
<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> AF					
GSG	ZUW	Fremdvermittler-Nr.	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	

Versicherungsnummer				SV-Nr.
---------------------	--	--	--	--------

**Antragsteller/-in
Versicherungs-
nehmer/-in**

Herr Frau

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Berufliche Tätigkeit, Branche _____ Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____

angestellt Beamter/Beamtin Student/-in, Schüler/-in selbstständig Hausfrau/-mann Sonstige

Telefon _____

Versicherungs- beginn/ Beitrag	01.	Pflegetagegeld pro Tag (max. 100 Euro)	Monatsbeitrag
		EUR	EUR

**Widerrufliche
Einzugs-
ermächtigung**

Die Beiträge sollen abgebucht werden. Sofern der/die Kontoinhaber/-in nicht der/die Antragsteller/-in ist, bitte gesonderte Einzugsermächtigung beilegen.

Geldinstitut _____ Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

**Angaben zum
Gesundheits-
zustand**

Der/die Vermittler/in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/Sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind. **Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf beigefügte gesonderte Mitteilung nach §19 Abs. 5 VVG.**

1. Beziehen Sie bereits Leistungen aufgrund einer Pflegebedürftigkeit oder sind solche beantragt? ja nein

2. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? ja nein
Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt), Krebskrankung, HIV-Infektion/AIDS, Psychische sowie neurologische Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Krankheit, Schizophrenie, Depression, Schlaganfall, Hirnblutung, Demenz, Multiple Sklerose, Parkinson), Niereninsuffizienz, Suchterkrankung, erblich bedingte Muskelerkrankung, Diabetes mellitus, Blutgerinnungsstörung, Morbus Crohn.

Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist eine Angebotsabgabe aus versicherungsmedizinischen Gründen nicht möglich.

**Andere Kranken-
versicherungen**

Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente)	Wo?	Seit wann oder abgelehnt?	Tagegeldhöhe in EUR
EUR			

**Ausgehändigte
Unterlagen**

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

elektronisch per Datenträger in Papierform erhalten

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

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

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite dieses Antrages. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten, die Entbindung von der Schweigepflicht und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung.**

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 0221/148 – 36202, E-Mail: Info@axa.de.

Eine Durchschrift des Antrages habe ich erhalten.

**Ort, Datum,
Unterschriften**

Ort und Datum _____

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin / Name und Stempel, gleichzeitig als Bestätigung, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig in seiner/ihrer Gegenwart geleistet wurden.

Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in der zu versichernden Person _____

Tel.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin _____

Fax.-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin _____

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

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

I. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

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

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

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

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

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

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

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

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

Ausübung der Rechte des Versicherers

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

Stellvertretung

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

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

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

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

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

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

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

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

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

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

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Winterthur Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung kon- zernerogener Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunter- nehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Aus- tausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefrag- ten Versicherer kommen;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienst- leistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de einseh- bar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Koopera- tionen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilskonditionen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entspre- chende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Daten- abgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informa- tionen 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);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unter- nehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathema- tisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten

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

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

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

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

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

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Konto- inhaber, die Kontonummer, die Bankleitzahl und den Namen der Bank mit.

AXA Krankenversicherung AG

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

Internet: www.AXA.de

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

USt.-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank W. Keuper

Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;

Jörg Arnold, Thomas Michels, Dr. Patrick Dahmen (stv.).

Telefon-Hotline: 0 180 3-55 66 22*

* 9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif