



Deutsche Krankenversicherung

# Antrag auf Krankenversicherung

- Antrag zum Abschluss einer Einzelversicherung
- Beitritt zur Gruppenversicherung
- Antrag auf Krankenversicherung in  
GKV Kooperation / Kollektivrahmenvertrag

# Übersicht der Tarife und der zu beantwortenden Gesundheitsfragen

Für die genannten Tarife sind nur die dort aufgeführten Gesundheitsfragen zu beantworten. Zu den nicht aufgeführten Tarifen sind immer die Fragen 1–11 zu beantworten. Bei Tarifen mit zahnärztlichen Leistungen sind zusätzlich die Fragen 12 und 13 zu beantworten.

| Tarife                                             | Fragen                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| KBCK, KDT, KKHT, KKUR, KSHR, KSU, PSP, UZ1/2, VV65 | keine                       |
| Krankentagegeld (KT)                               | 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11 |

Die folgenden Tarife sind nur in Verbindung mit anderen Tarifen über dieses Antragsformular zu beantragen. Für eine Einzelbeantragung dieser Produktgruppen ist ausschließlich das Antragsformular A30 zu verwenden.

| Tarife                           | Fragen                |
|----------------------------------|-----------------------|
| KAZM                             | 4, 6, 11              |
| KDBE, KDBS, KDBP                 | 12                    |
| KDT70, KDTK85, KDTP100           | 12, 13                |
| KHMR                             | 9                     |
| KABN/Z, KGZ1/2, KS1/2            | 3, 4, 6, 7, 9, 11     |
| KPEK, KPET, PTG, PZU50/100, BPPE | 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14 |

## Ermittlung des Krankentagegeld-Bedarfs

### 1. Krankentagegeldberechnung für Arbeitnehmer

Als maßgebliches Nettoeinkommen gilt:

80% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate vor der Antragstellung. Dabei berücksichtigen wir zum Beispiel auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Wir unterscheiden bei Arbeitnehmern nach gesetzlich oder privat Versicherten.

#### 1.1 Gesetzlich versicherter Arbeitnehmer (GKV)

Für gesetzlich Versicherte Arbeitnehmer (Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder) gilt eine modifizierte, vereinfachte Prüfung auf den abschließbaren Krankentagegeld-Höchstsatz. Danach ergeben sich folgende maximale Tagegelder:

| Durchschnittliches mtl. Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate | Versicherbares Krankentagegeld |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| bis 2.099,99 €                                                | max. 10 €                      |
| ab 2.100 bis 2.799,99 €                                       | max. 15 €                      |
| ab 2.800 bis 3.699,99 €                                       | max. 20 €                      |
| ab 3.700 bis 4.125,99 €                                       | max. 25 €                      |
| ab 4.126 bis 4.749,99 €                                       | max. 30 €                      |
| ab 4.750 bis 5.676,99 €                                       | max. 35 €                      |

Sollte das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen höher sein, ist der Krankentagegeld-Höchstsatz wie folgt zu berechnen:

Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen  
davon 80%  
geteilt durch 30 Tage  
abzüglich Krankengeldhöchstsatz (der GKV)  
= **Krankentagegeld-Höchstsatz**

#### 1.2 Privat versicherter Arbeitnehmer (PKV)

Maßgebliches Nettoeinkommen

= **80% des Bruttoeinkommens**

(ohne Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen)

### 2. Krankentagegeldberechnung für Selbstständige / Freiberufler

Das Nettoeinkommen entspricht dem Gewinn vor Steuern. Berechnen Sie es wie folgt:

Betriebseinnahmen (aus Geschäftsbetrieb bzw. Praxis)  
abzüglich Betriebsausgaben

= **Gewinn vor Steuern**

(nach § 2 Abs. 2.1 Einkommensteuergesetz EStG)

### 3. Absicherung für Arbeitgeber nach Tarif TL

#### 3.1 Absicherung der Gehaltsfortzahlung an Arbeitnehmer

monatliches Bruttogehalt  
geteilt durch 30 Tage

= **Tagegeld-Satz für Tarif TL**

#### 3.2 Zuschuss zum Krankengeld der Kasse für Arbeitnehmer

Höhe täglicher Krankengeldzuschuss

= **Tagegeld-Satz für Tarif TL**

Bei Beantragung eines Krankentagegeldes ist immer das **Formular A58** zusammen mit dem Antrag einzureichen.

- ☐ **Antrag auf Krankenversicherung**
- ☐ **Beitritt zur Gruppenversicherung**
- ☐ **Antrag auf Krankenversicherung in GKV<sup>1</sup>-Kooperation / Kollektivrahmenvertrag**

V1

Kunden-Nr. Versicherungsschein / -ausweis an ☐ KundeVersicherungs-Nr. **KV** ☐ Vermittler**0 Interne Vermerke (vom Vermittler auszufüllen)**

|                                   |            |                           |                                      |                                      |                                    |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Vermittlernummer               |            | % Prov.                   | 2. Vermittlernummer                  |                                      | <input type="checkbox"/> Tippgeber |
| <input type="checkbox"/> X-Antrag | Zugangsweg | Werbehilfe                | NGST                                 | DKV Spezialist                       |                                    |
| Verm.-/Kundenleitmerkmal          |            |                           |                                      |                                      |                                    |
| Angaben Deutsche Bank:            |            | Personal-Nr. <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> DB AG (002) | <input type="checkbox"/> DB AG (003) | Filial-Nr. Kunden-Nr. Unt.-Kto     |

01

**I Angaben zum Antragsteller / Beitretenden**

Steuer-IdNr.

|                                                        |         |                                                                     |              |              |
|--------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Titel, Vorname, Nachname                               |         | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum | Nationalität |
| Straße / Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse) |         | Telefon privat / mobil                                              |              |              |
| PLZ                                                    | Wohnort | E-Mail                                                              |              |              |
| ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)                  |         |                                                                     |              | seit         |

P1

Besteht Mitgliedschaft in Kammer / Berufsverband? ☐ Nein ☐ Ja, Name☐ Arbeitnehmer ☐ Freiberufler ☐ Selbstständiger ☐ Beihilfeberechtigter

|                                                        |                                           |     |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Geschäfts- / Arbeitgebername                           | PLZ                                       | Ort |
| Straße / Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse) | Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe) |     |

P2

**II Beitritt zur Gruppenversicherung / Antrag auf Versicherungsschutz im Rahmen einer GKV-Kooperation bzw. eines Kollektivrahmenvertrages**

Ich beantrage für mich bzw. meine versicherbaren Familienangehörigen Versicherungsschutz in der Gruppenversicherung bzw. im Rahmen einer GKV-Kooperation / eines Kollektivrahmenvertrages. Und zwar nach den dort jeweils bestehenden versicherbaren Tarifen und zu deren Annahmebedingungen. Diesbezüglich erkläre ich – sofern ich Versicherungsschutz in der Gruppenversicherung beantrage – den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag:

|         |                                                                                                                              |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRP-VNR | Name des Gruppenversicherungsvertragspartners / Name des GKV-Kooperationspartners / Name des Kollektivrahmenvertragspartners |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V2

Der Gruppenversicherungsvertragspartner ist Versicherungsnehmer. Im Rahmen von GKV-Kooperationen und Kollektivrahmenverträgen bin ich der Versicherungsnehmer. Ich beantrage die Mitversicherung der / des aufgeführten mitversicherbaren Familienangehörigen oder Lebenspartners.

<sup>1</sup> GKV = gesetzliche Krankenversicherung<sup>2</sup> FB Vermittler-Nr.



IV Angaben zu Person 2

P4

☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Antragsteller ist gesetzlicher Vertreter Steuer-IdNr.

Vorname (Nachname falls abweichend) Geschlecht ☐ m ☐ w Nationalität

Geburtsdatum Adresse (falls abweichend)

ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) ☐ Arbeitnehmer ☐ Freiberufler ☐ Selbstständiger ☐ Beihilfeberechtigter

Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? ambulant stationär Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:  
☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge: % %

Für Beamtenanwärtertarife: von voraussichtlich bis  
☐ Beamtenanwärter/Referendar  
☐ berücksichtigungsfähiger Angehöriger

Beginn (Tag, Monat, Jahr):

T10

|              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Umwandlung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tarif        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Tagegeldhöhe | ,0 0                     | ,0 0                     | ,0 0                     | ,0 0                     | ,0 0                     | ,0 0                     | ,0 0                     |
| Beitrag      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

Beitragszuschlag Anrechnungsbetrag Summe (mtl.) Person 2

Gesamtsumme Person 1+2

Besondere Vereinbarung (benötigt die schriftliche Genehmigung der Gesellschaft)/ Erläuterung zur Umwandlung

V3



### V Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, müssen Sie diese gegenüber uns **innerhalb von drei Tagen** schriftlich nachholen. Senden Sie diese Angaben an die DKV – 50594 Köln. Bitte weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

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.

### Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht

vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht bei einer Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

| Fragen |                                                                                                                                                                                           | Ja       | Nein                     |                          |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| 1      | Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?                                                                                | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2      | Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?                                                                                                                  | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3      | Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?                                                                                                      | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4      | Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen / Behandlungen stattgefunden? | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5      | Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet?<br>Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?                                                                               | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6      | Ist eine ambulante / stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?                                                                                                 | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7      | Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?                                                                                                               | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8      | Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?                                                                                                                                   | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |                                                                                                                                                                                           | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G6



| Fragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        | Ja                                                       | Nein                                                     |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>9</b> Bestehen ein körperlicher / organischer Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z. B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?<br><br><b>Wenn ja, bitte Bescheid beifügen:</b> Person 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % Person 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %                                                                                                                  | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <b>G7</b> |
| <b>10</b> Besteht eine Schwangerschaft?<br>(Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.)<br><br><b>Wenn ja, bitte Monat eintragen:</b> Person 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Person 2 <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |           |
| <b>11</b> Größe und Gewicht bitte angeben.<br><br><b>Person 1</b> Größe (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gewicht (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Person 2</b> Größe (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gewicht (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>-----<br><b>Zusätzlich für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs zu beantworten:</b><br>Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm?                                                                                                                                                  |                                        |                                                          |                                                          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |           |
| <b>12</b> Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <b>G8</b> |
| <b>13</b> Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?<br><br><b>Wenn ja, bitte Anzahl angeben:</b> Person 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Person 2 <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> |           |
| <b>14</b> Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt? Ist Ihre gesundheitliche Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt? Oder sind Sie dazu auf Hilfe bzw. auf den Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) angewiesen? Mindestens einer dieser sechs Lebensbereiche ist betroffen: 1. Mobilität (z. B. Gehhilfen) / 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen / 4. Selbstversorgung / 5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen / 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte | <b>Person 1</b><br><br><b>Person 2</b> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> | <b>G9</b> |
| Zu Frage 12 und 13: Siehe auch „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen / Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung“ auf Seite 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                          |                                                          |           |



**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „Ja“ beantwortet (siehe Seite 11).**

#### Für krankheitskostenvollversicherte Personen gilt:

Es sind die Gesundheitsfragen entsprechend des beantragten Tarifs zu beantworten. Wurden Gesundheitsfragen mit „Ja“ beantwortet, ist es ausreichend, dass Sie als Erläuterung angeben: Sind der DKV bekannt.

Voraussetzung ist, dass uns diese Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten 5 Jahren durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind.



| Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?),<br>Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?                                                                                                  | Behandlungen /<br>Beschwerden                                                                                                                                                                                                         | G11 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p><b>Details Frage(n)</b> <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>-----</p> <p>Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p> | <p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde-<br/>frei seit <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit <input type="text"/></p> |     |
| <p><b>Details Frage(n)</b> <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>-----</p> <p>Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p> | <p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde-<br/>frei seit <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit <input type="text"/></p> |     |
| <p><b>Details Frage(n)</b> <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>-----</p> <p>Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p> | <p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde-<br/>frei seit <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit <input type="text"/></p> |     |
| <p><b>Details Frage(n)</b> <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>-----</p> <p>Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p> | <p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde-<br/>frei seit <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit <input type="text"/></p> |     |
| <p><b>Details Frage(n)</b> <input type="text"/> Person <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sind der DKV bekannt (ansonsten bitte hier ausführen)</p> <p>-----</p> <p>Wer kann Auskunft geben (Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser)?</p> | <p>von <input type="text"/></p> <p>bis <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs-/Beschwerde-<br/>frei seit <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebedürftig seit <input type="text"/></p> |     |

Weiteres Beiblatt mit Angaben zu Beschwerden, Maßnahmen etc. beigelegt (mit Datum und Unterschrift) für: ☐ Person 1 ☐ Person 2

G12



VI Vorversicherungangaben / Bestehende Versicherung und Beantragung Wartezeiterlass

V5

| Vorversicherung/<br>Bestehende Versicherung                                                                                                                  | Person 1                                                                                                                                                                                              | Person 2                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Private oder gesetzliche<br>Krankheitskostenversicherung<br>(Angabe des Versicherers und<br>der Mitglieds-, Kassen- / Versiche-<br>rungsnummer erforderlich) | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend                   | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend                   |
| Pflegepflicht- bzw. soziale<br>Pflegeversicherung<br>(Angabe des Versicherers<br>erforderlich)                                                               | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend                                                                     | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend                                                                     |
| Kurkosten- /<br>Kurtagegeldanspruch                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja<br>(Bei „Ja“ kein Abschluss von Tarif KKUR möglich)                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja<br>(Bei „Ja“ kein Abschluss von Tarif KKUR möglich)                                                                                                                       |
| Kranken(tage)geld                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> täglich                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> täglich                                                                                                                                        |
| Krankenhaustagegeldanspruch                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> täglich                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja, Höhe <input type="text"/> täglich                                                                                                                                        |
| Pflegezusatzversicherung<br>(Angabe des Versicherers<br>erforderlich)                                                                                        | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend<br><br>Tarif <input type="text"/> Höhe <input type="text"/> täglich | Angaben zum Versicherer<br><br>-----<br>von <input type="text"/><br><br>bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> laufend<br><br>Tarif <input type="text"/> Höhe <input type="text"/> täglich |

V8

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |    |      |          |                          |                          |          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|------|----------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Antrag auf Beitragsbefreiung für Kinder in der privaten Pflegepflichtversicherung</b><br>(Wird kein Elternteil mitversichert, bitte Formular A40 beifügen.)<br>Bezieht das Kind ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen<br>(Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, vgl. Erläuterung Seite 4)?<br>Und überschreitet dieses Einkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV<br>(im Jahr 2023: 485 Euro; aktuellen Wert bitte ggf. erfragen) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung 520 Euro? | <table><tr><td></td><td>Ja</td><td>Nein</td></tr><tr><td>Person 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Person 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |                          | Ja | Nein | Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ja                                                                                                                                                                                                                                                | Nein                     |    |      |          |                          |                          |          |                          |                          |
| Person 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |    |      |          |                          |                          |          |                          |                          |
| Person 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |    |      |          |                          |                          |          |                          |                          |

Beantragung Wartezeiterlass

Ich beantrage den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erlass der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung zu prüfen. Die Voraussetzungen hierfür sind auf Seite 2 genannt.

☐ Person 1 ☐ Person 2

V6



VII SEPA-Lastschriftmandat / Beitragszahlung

B1

- ☐ Bei Änderung des Vertrages: Das Lastschriftverfahren bleibt wie bisher. Ein SEPA-Mandatsformular ist nicht erforderlich.
- ☐ Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer **(bei abweichendem Kontoinhaber bitte eigenständiges SEPA-Mandat ausfüllen).**

Der Gesamtmonatsbeitrag soll abgebucht werden

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Das angegebene Konto soll belastet werden zum

☐ 1. ☐ 8. ☐ 16. ☐ 24. (gilt nur für Folgebeiträge)

Ich ermächtige die **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**, Aachener Straße 300, 50933 Köln (Gläubiger-ID DE95ZZZ00000012130), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Kalendertage vor dem SEPA-Basis-Lastschrifteinzug informiert mich der Zahlungsempfänger über die Abbuchung unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine und der Mandatsreferenznummer.

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Bei Abbuchung von einem ausländischen Konto innerhalb des SEPA-Raumes bitte eigenständiges Mandat ausfüllen.

VIII Schlusserklärungen

**Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlich folgende Erklärungen ab:** Bei Antrag auf eine Krankentagegeld- oder Krankheitskostenvollversicherung (auch bei entsprechenden Anwartschaftsversicherungen oder Tarifen mit Optionsrecht auf solche) die **Einwilligung zur Bonitätsprüfung** auf Seite 4, bei Beitritt zur Gruppenversicherung bzw. Antrag auf Kollektivrahmenvertrag die **Einwilligung zum Bestandsabgleich** auf Seite 4, bei Antrag auf Tarif TL die **Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an den Arbeitgeber** auf Seite 6, bei allen Anträgen und Beitrittserklärungen die **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung** auf Seite 12.

Hierzu zählt das Folgende:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV.
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten.
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV.
  - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.
  - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen.
  - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen.
  - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler.
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, gebe ich zusätzlich **die versicherungssteuerrechtliche Erklärung zu deren Angehörigeneigenschaft** auf Seite 2 ab.

**Zusammen mit diesem Antrag gebe ich folgende Erklärung zum Pflege Schutz Paket PSP ab:**

Bei mir bzw. der zu versichernden Person besteht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI. Ein Antrag auf Anerkennung einer solchen wurde nicht gestellt. Es ist auch nicht beabsichtigt, einen solchen Antrag zu stellen.

**Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.**

Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig auch das vorstehend ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat.

|                              |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort / Datum                  | <br>Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden                                                                     |                                                                                                                                                  |
| Unterschrift des Vermittlers | <br>Unterschrift der zu versichernden Person 1 <sup>1</sup><br>(wenn nicht identisch mit Antragsteller / Beitretendem) | <br>Unterschrift der zu versichernden Person 2 <sup>1</sup> |

IX Empfangsbestätigung

**Ich bestätige den Erhalt:**

- der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz.
- des Informationsblattes der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

|             |                                                                                                                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort / Datum | <br>Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

S1

S2

<sup>1</sup> ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter



|                                                                              |                                                              |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Versicherungs-Nr.                                                            | Anlage zum Antrag / zur Anfrage / zur Beitrittserklärung vom | Vermittlernummer                                                    |
| KV                                                                           |                                                              |                                                                     |
| Titel, Vorname, Nachname des Antragstellers / Anfragestellers / Beitretenden |                                                              | Vorname, Nachname der zu versichernden Person:                      |
|                                                                              |                                                              | <input type="checkbox"/> Identisch mit Antragsteller / Beitretendem |

Die Angaben zum ausgeübten Beruf, beruflicher Stellung sowie zum beantragten Krankentagegeldtarif sind dem o.g. Antrag / der Beitrittserklärung zu entnehmen.

## Erklärung zum Krankentagegeld

Die Höhe des beantragten Krankentagegeldes darf Ihr tägliches Nettoeinkommen nicht überschreiten. Wir ermitteln dieses Nettoeinkommen anhand Ihres Jahreseinkommens. Vergleichen Sie bitte Punkte 1–2 der „Ermittlung des Krankentagegeld-Bedarfs“ rechts im Umschlag. Sonstige Ansprüche auf Krankentagegeld rechnen wir an. Dies gilt sowohl für Arbeitnehmer als auch für Selbstständige / Freiberufler. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und ausführlich.

**Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung:** Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist –außer bei Vorsatz– ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Dies wäre z. B. ein geringeres Krankentagegeld. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch eine rückwirkende Verringerung des Krankentagegeldes kann insoweit von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall reduziert sein.

### I Angaben für Arbeitnehmer

Für welche Dauer besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?  Tage

Durchschnittliches monatliches **Bruttoeinkommen** in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?  Euro mtl.

Ermitteln Sie Ihren Krankentagegeld-Bedarf mit Hilfe der Tabelle rechts im Umschlag, Punkte 1.1 und 1.2.

### II Angaben für Selbstständige und Freiberufler

Beginn der selbstständigen bzw. der freiberuflichen Tätigkeit.

Durchschnittliches monatliches **Nettoeinkommen** in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?  Euro mtl.

Ermitteln Sie Ihren Krankentagegeld-Bedarf mit Hilfe der Tabelle rechts im Umschlag unter Punkt 2.

Zusätzliche Angaben für  
Selbstständige und Freiberufler

### III Zusätzliche Angaben bei einem Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH

Die zu versichernde Person ist ☐ Gesellschafter ☐ Geschäftsführer ☐ Gesellschafter / Geschäftsführer

Ist für Sie in dem Gesellschafter- / Geschäftsführer-Vertrag ein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge während einer Arbeitsunfähigkeit geregelt?

☐ Nein, keine Regelung ☐ Ja, kein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge ☐ Ja, Fortzahlung der Bezüge zu 100%<sup>1</sup> gilt für  Tage

☐ Ja, in Form eines Zuschusses zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Zuschuss beträgt  Euro täglich.

Die Zahlung erfolgt ab dem  Tag bis zum  Tag einer Arbeitsunfähigkeit.

### IV Angaben bei Beantragung Tarif TL

Monatliches Bruttoeinkommen der zu versichernden Person  Euro mtl.

Höhe des Zuschusses zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung  Euro täglich

Besteht eine Absicherung der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

☐ Nein ☐ Ja,  Euro werktätig bzw.  % vom weitergezahlten monatlichen Entgelt



Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / Anfragestellers /  
Beitretenden und der zu versichernden Person

Unterschrift des Vermittlers

<sup>1</sup> Ist eine Fortzahlung der Bezüge von weniger als 100 % vertraglich festgelegt:  
Zur Prüfung eines Angebots benötigen wir eine Kopie des Geschäftsführervertrages.

Bitte zusammen mit jedem Antrag einreichen.

VR 016 DMS 01014

|                                               |  |  |                               |                               |                                   |
|-----------------------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Antragsteller / Beitretender*</b>          |  |  | <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Firma    |
| Vor- und Zuname, Firmenname, Firmenvertreter* |  |  | Geburtsdatum                  |                               | Kunden-Nr. DKV (soweit vorhanden) |
| <input type="text"/>                          |  |  | <input type="text"/>          |                               | <input type="text"/>              |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Firmensitz  |  |  |                               |                               | Versicherungs-Nr.*                |
| <input type="text"/>                          |  |  |                               |                               | <input type="text"/>              |
| Weitere anwesende Gesprächspartner            |  |  |                               |                               | Antrag vom*                       |
| <input type="text"/>                          |  |  |                               |                               | <input type="text"/>              |

|                                       |                       |
|---------------------------------------|-----------------------|
| <b>Vertriebspartner*</b>              |                       |
| Vor- und Zuname des Vertriebspartners | Vermittlerkennzeichen |
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/>  |

|                                                                                |                                              |                                                                              |                                                               |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Datum der Beratung*</b>                                                     | <input type="text"/>                         | <b>Kundenstatus*</b>                                                         | <input type="checkbox"/> Neukunde (Visitenkarte erforderlich) | <input type="checkbox"/> Bestandskunde |
| <b>Anlass des Gesprächs</b>                                                    | <input type="checkbox"/> Wunsch des Kunden   | <input type="checkbox"/> Regelbesuch                                         | <input type="checkbox"/> Sonstiges                            | <input type="text"/>                   |
| <b>Bedarf / Angaben des Kunden zu seinen Wünschen und Bedürfnissen:*</b>       |                                              |                                                                              |                                                               |                                        |
| <input type="checkbox"/> Krankheitskostenvollversicherung / Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> bKV / FKV           | <input type="checkbox"/> Pflegeergänzungs-, Kurkostentarife, Serviceprodukte |                                                               |                                        |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsversicherungen (ambulant/stationär/Zahn)    | <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld | <input type="checkbox"/> Krankentagegeld                                     | <input type="checkbox"/> Auslandsreiseschutz                  |                                        |

## 1. Der Bedarfsermittlung, der Beratung und den Lösungsvorschlägen lagen die in der Anfrage / im Antrag erfragten Daten zugrunde.

**Weiterhin:**

☐ Versicherungsvorschlag-Nr.

☐ folgende Druckstücke

|                      |                 |                      |   |                      |
|----------------------|-----------------|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | Druck-Nr./Stand | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Druck-Nr./Stand | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |

☐ bestehende Krankenversicherungen des Kunden\*

☐ folgende Angaben, Unterlagen und Wünsche des Kunden

## 2. Empfehlungen und Vorschläge des Vertriebspartners

Folgende Lösungsmöglichkeiten wurden empfohlen\*

Begründung der Empfehlung\*

Folgende Kundenwünsche wurden abgelehnt

Folgende Empfehlung hat der Kunde abgelehnt

☐ Der Kunde wurde über die Besonderheiten beim Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung informiert.

## 3. Kundenentscheidung\*

Folgende Versicherungen bzw. Vertragsänderungen wurden vom Kunden beantragt bzw. angefragt

| Tarife bzw. Produktbeschreibungen/<br>Deckungskonzept bKV* | Antragsdatum*        | Versicherungs-Nr.    | Umwandlung / Umdeckung<br>bestehende Versicherung             |
|------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/>                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> DKV <input type="checkbox"/> Anderer |
| <input type="text"/>                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> DKV <input type="checkbox"/> Anderer |

## 4. Durch den Abschluss soll eine bestehende Versicherung ersetzt werden

Durch den Abschluss soll eine bestehende Krankheitskostenvollversicherung ersetzt werden: ☐ Ja ☐ Nein

Informationsblatt zur Umdeckung einer Krankheitsvollversicherung 500 67 373, Stand  war Gegenstand der Beratung.

## Empfangsbestätigung und Unterschrift Antragsteller / Beitretender

Folgende Unterlagen habe ich erhalten: ☐ Durchsicht dieser Beratungsdokumentation\* ☐ Visitenkarte / Erstkontaktinformation / Information zur Versicherungsvermittlung\*

☐ Informationsblatt Umdeckung (siehe Punkt 4)\*

Der Kunde wurde darauf hingewiesen, dass er Beratungsdokumentation, Vertragsunterlagen einschließlich vorvertraglicher Informationsunterlagen wahlweise auf Papier oder als PDF-Datei für Aufbewahrungen auf einem Datenträger erhalten kann. Die Übermittlung erfolgte entsprechend der Wahl.

☐ Ich wünsche die Übermittlung der oben genannten Unterlagen auf einem dauerhaften Datenträger.

Ort, Datum\*  Unterschrift mit Vor- und Zunamen\*  Unterschrift Vertriebspartner mit Vor- und Zunamen\*

\* Pflichtfelder  /

## Hinweise des Versicherers sowie Erklärungen des Antragstellers/Beitretenden bzw. der mitzuversichernden Person(en)

### Versicherungssteuerrechtliche Erklärung Befreiung von Versicherungssteuer nach dem Versicherungsteuergesetz (VersStG)

**Ich erkläre: Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage (auch im Rahmen eines Beitritts zur Gruppenversicherung), handelt es sich bei diesen Personen um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des PflegeZG bzw. um Angehörige im Sinne des § 15 der AO.**

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz):

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Verwandte und Verschwägte gerader Linie,
6. Kinder der Geschwister,
7. Geschwister der Eltern,
8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Bitte beachten Sie: Die Auflösung einer Verlobung bzw. die Beendigung einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft kann nach Vertragsschluss zu einer abweichenden versicherungssteuerrechtlichen Beurteilung führen; ebenso die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft mit Pflegekindern, wenn mit diesen keine innere Verbundenheit/Beziehung mehr besteht. Sie müssen uns daher in diesen Fällen umgehend informieren, denn Versicherungen von Personen, die keine (nahen) Angehörigen im o. g. Sinne sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Das bedeutet für Sie: Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.

### Umwandlung von Tarifen mit Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen

Bei Umwandlung einer Versicherung, für die Sie einen Risikozuschlag zahlen, gilt: Wir erheben diesen Risikozuschlag zu dem gleichen Prozentsatz auch von dem neuen Tarifbeitrag, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Bei Umwandlung einer Versicherung, für die wir mit Ihnen einen Leistungsausschluss vereinbart haben, gilt: Bisherige Leistungsausschlüsse bleiben auch nach der Umwandlung bestehen.

### Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen

#### • KombiMed Tarife KDT70, KDTK85, KDTP100

Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen erheben wir pro fehlendem Zahn einen versicherungsmedizinischen Zuschlag. Dieser gilt für die Dauer der Versicherung. Er beträgt monatlich für die Tarife KDT70 und KDTK85 4,00 Euro und für Tarif KDTP100 7,00 Euro. Im Rahmen einer Beitragsanpassung überprüfen wir die Höhe des Zuschlags. Falls erforderlich, passen wir ihn an.

#### Einzelversicherung

Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen ist der Abschluss der Tarife nicht möglich. Dies gilt auch bei laufenden, angeratenen oder beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahmen.

#### Gruppenversicherung / GKV-Kooperation / Kollektivrahmenvertrag

Für eine Gruppenversicherung mit Kontrahierungszwang bzw. für einen Antrag im Rahmen einer GKV-Kooperation oder eines Kollektivrahmenvertrages mit der DKV gilt:

Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind für die betroffene Person die Kosten für Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) nicht versichert. Dies gilt auch für Kosten für implantologische Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

#### • KombiMed Tarif KDT

Für die erstmalige Versorgung von bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden nicht ersetzten Zähnen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt für den provisorischen wie auch endgültigen Zahnersatz. Siehe dazu Nr. 1.3 der AVB.

### Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch, wenn wir hierzu keine Gesundheitsfragen stellen.

#### • KombiMed Tarife KDBS, KDBE, KDBP, KDT70, KDTK85, KDTP100 (Gruppenversicherung)

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB nicht. Hierunter fallen auch zahnärztliche, kieferorthopädische oder -chirurgische Maßnahmen.

#### • KombiMed Tarife KBCK, KKHT, KKUR

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir nicht. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Nähere Einzelheiten hierzu siehe Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB bzw. bei Tarif KBCK Teil 1 Nr. 5.2 der AVB.

#### • KombiMed Tarife UZ1/2

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrags anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.

### Hinweis zum Pflege Schutz Paket PSP

Nicht versichert werden können Personen, bei denen bereits eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI besteht oder die einen Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt haben oder beabsichtigen, einen solchen Antrag zu stellen.

#### Bitte beachten Sie:

**Wir können unsere Entscheidung zur Annahme dieses Antrags unter bestimmten Voraussetzungen anfechten. Und zwar dann, wenn Sie wissentlich eine falsche Erklärung abgegeben haben, obwohl Ihnen dabei bewusst war, dass wir Ihren Antrag bei einer wahrheitsgemäßen Erklärung möglicherweise nicht angenommen hätten. Dies wäre als eine arglistige Täuschung zu werten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz.**

### Wartezeiterlass beim Pflege Schutz Paket PSP

In Tarif PSP verzichten wir auf die Einhaltung einer Wartezeit für die Einmalzahlung, wenn folgende Voraussetzung vorliegt: Gleichzeitig mit Tarif PSP beantragen Sie bei uns für die versicherte Person einen weiteren Vertrag für einen Pflegeergänzungstarif mit Gesundheitsprüfung, den wir ohne Vereinbarung eines Leistungsausschlusses oder Risikozuschlags annehmen.

### Wartezeiterlass (nur bei Einzelversicherung)

Wir prüfen den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A29.

Für die KombiMed Tarife KDBS, KDBE, KDBP, KDT70, KDTK85 und KDTP100 prüfen wir den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A28.

Die Kosten für die ärztliche / zahnärztliche Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, wenn wir den Untersuchungsbericht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags erhalten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Fall unser Eigentum.

Für Tarife, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können, ist kein Wartezeiterlass möglich (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).



**Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung**

Bitte beachten Sie bei einem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung: Wir benötigen von der Krankenkasse einen Nachweis über Beginn und Ende der Mitgliedschaft. Haben Sie zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung beantragt? Dann benötigen wir auch einen Nachweis über den bisherigen Krankengeldanspruch.

**Einzelversicherung**

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können: Es empfiehlt sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

**Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV**

Ich reiche der DKV **innerhalb von 90 Tagen** – gerechnet vom Datum der Antragstellung an – einen Nachweis über die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer ein.

Was muss aus diesem Nachweis hervorgehen?

Ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung (ggf. mit Bestandskonditionen) bestanden hat. Ob und für welchen Zeitraum eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.

**Gesamteinkommen**

Darunter fallen Einkünfte aus:

- Land- und Forstwirtschaft
- Gewerbebetrieb
- selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit
- Kapitalvermögen
- Vermietung und Verpachtung sowie
- sonstige Einkünfte gemäß § 22 EStG.

Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt. Rentenleistungen, die aus Kindererziehungszeiten resultieren, bleiben unberücksichtigt.

**Einwilligung zur Bonitätsprüfung**

**Ich willige ein, dass die DKV Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten selbst oder bei einer Auskunft einholt.** Die DKV verwendet die erhobenen Daten zu den folgenden Zwecken:

- vor Vertragsabschluss, um meine Anfrage zu prüfen
- nach Vertragsschluss, um meine Versicherung zu verwalten und abwickeln zu können (z. B. bei Zahlungsverzug).
- 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.

Ich habe die dazu neben stehenden Erläuterungen unter Nr. 1 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

**Ebenso willige ich ein, dass die DKV bei einer Auskunft einen Scorewert einholt und verwendet.** Ich bin informiert, dass der Scorewert auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugt wird. Für die Bestimmung des Scorewerts werden auch Anschriftendaten verwendet. Der Scorewert stellt eine Einschätzung meines Zahlungsverhaltens dar. Ich habe die dazu unten stehenden Erläuterungen unter Nr. 2 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

**Zu den vorgenannten Zwecken entbinde ich die für die DKV tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB.** Ich weiß, dass dies erforderlich ist, um meine Anfrage zu prüfen. Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Einwilligungserklärung freiwillig ist. Sofern ich diese Erklärung nicht abgeben möchte, ist ein Vertragsschluss in der Regel nicht möglich. Ich bin informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der DKV widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist. Ich weiß, dass die DKV verpflichtet ist, mir Auskünfte über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu geben. Ich kann mich auch direkt an das Unternehmen wenden, das der DKV Auskünfte erteilt hat, um meine dort gespeicherten Daten zu überprüfen. Weitere Informationen finden sich in der nachfolgenden Information zur Bonitätsprüfung.

**Information zur Bonitätsprüfung**

1. Die DKV nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Anhand dieser Daten überprüft die DKV die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers, des Versicherungsnehmers oder der zu versichernden Person. Hierdurch will die DKV Kosten für die Versichertengemeinschaft vermeiden, die entstehen, wenn ein Versicherungsnehmer zahlungsunfähig ist. Die DKV holt diese Auskünfte selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunft (wie z. B. Bürgel, Infoscore, Credit-

reform). Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers, des Versicherungsnehmers oder der zu versichernden Person an die Auskunft übermitteln. Dazu zählen:

- der Name
- die Anschrift und
- das Geburtsdatum

2. Eine Auskunft erstellt für die DKV eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers, des Versicherungsnehmers oder der zu versichernden Person. Dazu bildet die Auskunft auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren einen Scorewert. Der Scorewert ermöglicht der DKV, das zukünftige Zahlungsverhalten des Antragstellers einzuschätzen. Die DKV kann insbesondere einschätzen, ob ein Risiko von zukünftigen Zahlungsausfällen besteht.

Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers, des Versicherungsnehmers oder der zu versichernden Person an die Auskunft übermitteln. Dazu zählen:

- der Name
- die Anschrift und
- das Geburtsdatum

3. Sie haben einen Anspruch auf Auskunft zu Ihren gespeicherten Daten. Auf Antrag teilt die DKV Ihnen die bei ihr gespeicherten Daten mit.

Der Anspruch auf Auskunft besteht sowohl gegenüber der DKV als auch gegenüber den eingeschalteten Auskunfteien. Die Auskünfte erhalten Sie beim Datenschutzbeauftragten der DKV und der entsprechenden Auskunftei.

**Scorewerte** beziehen wir zurzeit bei folgenden Auskunfteien:

- InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>
- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 59474 Köln.)

Detaillierte Informationen zur SCHUFA i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/>

**Gilt nur bei einem Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivrahmenvertrag****Einwilligung zum Bestandsabgleich**

Mir ist bekannt, dass die DKV und der Vertragspartner im Rahmen eines Gruppen-/Kollektivrahmenvertrags einen Bestandsabgleich durchführen. Dieser Bestandsabgleich erfolgt auch nach Vertragsschluss regelmäßig einmal im Jahr. Hierdurch wird festgestellt, ob ich (weiterhin) im abgeschlossenen Gruppen-/ Kollektivrahmenvertrag versicherungsfähig bin. Ich willige ein, dass die DKV jährlich meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer bzw. Vertragspartner übermittelt. Das sind:

- Name
- Adresse und
- Geburtsdatum

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherungsnehmer diese Daten für den Bestandsabgleich nutzt und speichert. Das Ergebnis übermittelt er an die DKV. Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich an dem Gruppenversicherungs-/ Kollektivrahmenvertrag nicht teilnehmen. Falls ich die Einwilligung widerrufe, kann der Vertrag in der Gruppenversicherung nicht fortgeführt werden.

**Versicherbarer Personenkreis**

Ich bin Mitglied / Mitarbeiter des auf Seite 1 genannten Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivrahmenvertragspartners. Ich gehöre daher ab Beginn des Versicherungsschutzes zum versicherbaren Personenkreis dieses Gruppenversicherungs-/ Kollektivrahmenvertrags. Mir ist Folgendes bekannt: Die Mitversicherung von Familienangehörigen ist nur möglich, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungs-/Kollektivrahmenvertrags versicherbar sind.

**Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt am 1. des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung bzw. des Antrags bei uns folgt, bzw. zu dem im Versicherungsausweis bzw. -schein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Inkrafttreten des Gruppenversicherungs-/Kollektivrahmenvertrags. Bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR), müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.



## Vorversicherung

Bestand in den letzten sechs Monaten vor Abgabe der Beitrittserklärung / des Antrags kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, gilt Folgendes: Für die betroffene versicherte Person ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Dazu erhalten Sie von uns einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck (A29). Diesen müssen Sie innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung ausgefüllt zurückgeben. Die Kosten für die Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle unser Eigentum.

## Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen

Die DKV unterhält Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Wenn zwischen meiner Krankenkasse und der DKV eine solche Kooperation besteht, kann mein Vertrag im Rahmen dieser Kooperation zustande kommen.

## Sonderkonditionen

### Wartezeiten

Die in den AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen. Dies gilt nicht für Tarife, die ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

### Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (KombiMed Tarife KTAG, KTN2)

Die Tarife KTAG und KTN2 sehen in den AVB ein ordentliches Kündigungsrecht vor. Wir verzichten hierauf.

### Entfall der Sonderkonditionen

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn

- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung endet.

## Gilt nur für den Krankentagegeldtarif TL

### Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an den Arbeitgeber

Mir ist bekannt, dass die DKV meinen Arbeitgeber (Antragsteller/Versicherungsnehmer) informiert, wenn der beantragte Versicherungsschutz nach Tarif TL nur mit Erschwerungen angeboten werden kann. Als Erschwerung gelten

- ein versicherungsmedizinischer Beitragszuschlag
- und/oder
- ein Leistungsausschluss

Die DKV darf meinem Arbeitgeber die den Erschwerungen zugrunde liegenden Krankheiten/Beschwerden für den Vertragsabschluss nennen, damit die Höhe des Beitrages und der Leistungsumfang nachvollzogen werden kann.

Ich willige ein, dass die DKV meinem Arbeitgeber die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten übermittelt.

Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Diese Einwilligung ist für die Versicherung meines Arbeitgebers mit der DKV nach Tarif TL unentbehrlich. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich nicht in die Versicherung meines Arbeitgebers einbezogen werden. Widerrufe ich die Einwilligung, kann die Versicherung meines Arbeitgebers für mich nicht fortgeführt werden.

## Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### 1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

## 2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahrs möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

## Information zum Datenschutz

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

#### DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300  
50933 Köln

Telefon: 0800 3746444 (gebührenfrei)

(oder aus dem Ausland +49 221 578 94018 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters))

Fax: 01805 786000

(14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

E-Mail: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com)

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter: [datschutz@dkv.com](mailto:datschutz@dkv.com)

### Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung („DSGVO“), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Leistungsfällen benötigen wir, um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe bestehenden Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

<sup>1</sup> Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.



Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z.B. erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und ihrer Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zum Bestandsabgleich mit einer kooperierenden Krankenkasse um festzustellen, ob die Versicherung dort noch besteht. Die Vorteile aus der Kooperation (z. B. Beitragsnachlass) müssen entfallen, wenn Sie nicht oder nicht mehr bei der Krankenkasse versichert sind,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe, z.B. bei der Eingangsbearbeitung. Wir nutzen dabei automatische Systeme, um nachvollziehen zu können, welche Dokumente und Mitteilungen uns erreichen und analysieren diese mit dem Ziel, die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen zu verbessern,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zum Abgleich gegen die sogenannten „Terrorlisten“ bzw. „US-Sanktionslisten“, um sicherzustellen, dass keine Gelder oder sonstigen wirtschaftlichen Ressourcen für terroristische Zwecke bereitgestellt werden. Aufgrund der europäischen Antiterrorverordnungen 2580/2001 und 881/2002 sind wir zum Datenabgleich sogar gesetzlich verpflichtet.

Wir verarbeiten die Daten jeweils zu den Zwecken, über die wir bei der Erhebung informiert haben und in bestimmten Situationen darüber hinaus auch für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen auf Basis der oben genannten Rechtsgrundlagen. So werden z.B. eingehende Dokumente nicht nur verarbeitet, um den konkreten Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen Systeme anhand der Vorgänge zu optimieren.

## Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Ihre Rechte können Sie geltend machen unter den oben genannten Kontaktdaten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Dazu gehören z. B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

## An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

### Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen – den sogenannten Rückversicherern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

### Vermittler

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an Ihren Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

### Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe

Innerhalb der ERGO Gruppe werden bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung zentral wahrgenommen. Wenn Sie bei einem oder mehreren Unternehmen der ERGO Gruppe versichert sind, können Ihre Daten also durch ein Unternehmen der ERGO Gruppe verarbeitet werden. Beispielsweise aus folgenden Gründen: zur Verwaltung von Adressen, für den Kundenservice, zu Marketingzwecken, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung. In der beiliegenden Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.dkv.com](http://www.dkv.com) im Abschnitt „Datenschutz“ eingesehen werden.

### Externe Dienstleister

Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

## Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

### Frühere Versicherer

Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z. B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihre bisherige Vorversicherungszeit anrechnen lassen oder Ihre portablen Alterungsrückstellungen mitnehmen möchten.

Welche Daten tauschen wir aus?

- Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum
- Versicherungsbeginn und Versicherungsende
- sowie den Übertragungswert

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

### Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

### Bonitätsauskünfte

Wie viele andere Unternehmen auch prüfen wir das allgemeine Zahlungsverhalten z. B. von neuen Kunden, die wir noch nicht so gut kennen. Das ist ein übliches Prozedere in der Geschäftswelt, bei der wir Informationen über folgende Auskunfteien einholen:

– infocore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>

– SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 59474 Köln.)

Detaillierte Informationen zur SCHUFA i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/>

### Adressabfragen

Wir benötigen Ihre Adressdaten für die Verwaltung des Vertrags. Wöchentlich erhalten wir daher eine Liste mit Adressen von Personen, die bei der Deutschen Post einen Nachsendeantrag gestellt und sich mit der Weitergabe der neuen Adresse an Dritte einverstanden erklärt haben. Wir erhalten die Liste von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. In dieser Liste sind die bisherige und die neue Anschrift sowie der voraussichtliche Zeitpunkt des Anschriftenwechsels/Umzugs aufgeführt. Wir prüfen, ob einer unserer Kunden auf dieser Liste steht und speichern gegebenenfalls die neue Anschrift. Danach löschen wir die gelieferten Daten.

Dennoch kann es vorkommen, dass wir Ihnen einen Brief nicht zustellen können, da uns Ihre aktuelle Anschrift nicht vorliegt. Dann kann es zusätzlich notwendig sein, eine Anfrage an Ihr zuständiges Einwohnermeldeamt zu richten.

## Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde. Daneben ist dies erlaubt, wenn andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter der oben genannten Adresse anfordern.



### Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir in einigen Fällen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche medizinische Zuschläge oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir die von Ihnen im Versicherungsantrag beantworteten Gesundheitsfragen. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist ein Vertragsschluss regelmäßig nicht möglich. Bei anderen vergeben wir automatisch einen vorher prozentual festgelegten Zuschlag.

Im Lauf der Vertragsdurchführung treffen wir in einigen Fällen auch automatisierte Entscheidungen. Bei Ergänzungsversicherungen kündigen wir einen Vertrag automatisch, wenn Sie mit der Zahlung ihrer Beiträge in Verzug sind und auf unsere Mahnungen nicht reagieren. Bei diesen automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir insbesondere die Daten über Ihre Beitragszahlungen.

Unsere Leistungsprüfung kann auch auf einer vollständig oder teilweise automatisierten Bearbeitung beruhen. Dies gilt sowohl für die Private Kranken- wie auch für die Pflegeversicherung. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir

- die Angaben aus den eingereichten Rechnungen sowie
- die Leistungsmerkmale der jeweils versicherten Tarifbedingungen.

Was ist das Ziel der automatisierten Entscheidungen?

Wir möchten die Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

### Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

### Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Adresse.

### Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf



## 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 / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV 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. die ERGO Group AG, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (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 DKV

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 die DKV 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. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Die DKV verpflichtet 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. Die DKV benötigt 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 DKV 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 DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. 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 der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen. Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV 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.dkv.com](http://www.dkv.com) eingesehen oder bei [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV 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 DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG 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, kann die DKV 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV 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 die DKV 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 die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV 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 DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt 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 DKV 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.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung gespeichert.

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

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



| Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen |                                                                              |                                                             |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| DKV Deutsche Krankenversicherung AG<br>ERGO Krankenversicherung AG<br>ERGO Direkt Versicherung AG                             | ERGO Lebensversicherung AG<br>ERGO Pensionsfonds AG<br>ERGO Pensionskasse AG | ERGO Versicherung AG<br>ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG | Victoria Lebensversicherung AG |

| Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auftraggebende Gesellschaft                                                                                                                           | Dienstleister                                                                                                          | Gegenstand/Zweck der Beauftragung                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Alle Konzerngesellschaften                                                                                                                            | ERGO Beratung und Vertrieb AG                                                                                          | Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                       | ERGO Group AG                                                                                                          | Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie) |
|                                                                                                                                                       | ERGO Technology & Services Management AG, ITERGO Informationstechnologie GmbH, ERGO Technology & Services S.A. (Polen) | IT-Dienstleister                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                       | ERGO Direkt AG                                                                                                         | bedarfsgerechte Kundenansprache, IT-Dienstleister                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| DKV Deutsche Krankenversicherung AG                                                                                                                   | Thieme TeleCare GmbH, ERGO Reiseversicherung AG, Euro-Center Holding                                                   | Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle / Outbound-Telefonie, Notrufzentrale                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                       | Medicomp GmbH                                                                                                          | Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                       | PAV Card GmbH                                                                                                          | Erstellen von Versichertenkarten                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ERGO Versicherung AG                                                                                                                                  | ERGO Rechtsschutz Leistungs-GmbH                                                                                       | Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                       | KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH                                                                                        | Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                       | LEGIAL AG                                                                                                              | Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)                                                                                                                                                                               |
| ERGO Lebensversicherung AG<br>ERGO Pensionsfonds AG<br>Victoria Lebensversicherung AG                                                                 | ERGO Group AG                                                                                                          | Antrags- und Leistungsbearbeitung<br>Vertragsverwaltung                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ERGO Lebensversicherung AG<br>ERGO Pensionsfonds AG<br>ERGO Pensionskasse AG<br>ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG<br>Victoria Lebensversicherung AG | Longial GmbH                                                                                                           | Verwaltung von Versorgungsverträgen                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG                                                                                                                   | Augsburger Aktienbank AG                                                                                               | Übertragung Fondsanteile                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                       | ERGO Direkt AG                                                                                                         | Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                       | ERGO Lebensversicherung AG                                                                                             | Antrags- und Leistungsbearbeitung                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                       | ERGO Life S. A.                                                                                                        | Verwaltung von Verträgen                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                       | Xempus AG                                                                                                              | Portalbetrieb zur Beratung zur betriebl. Altersvorsorge                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                       | eVorsorge Systems GmbH                                                                                                 | Portalbetrieb zur Administration der betriebl. Altersvorsorge                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ERGO Lebensversicherung AG                                                                                                                            | ERGO Direkt AG                                                                                                         | Vertragsverwaltung                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden |                                                               |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Auftraggebende Gesellschaft                                                                                                                                                            | Dienstleisterkategorie                                        | Gegenstand/Zweck der Beauftragung                                                   |
| Alle Konzerngesellschaften                                                                                                                                                             | Adressermittler                                               | Adressprüfung                                                                       |
|                                                                                                                                                                                        | Call-Center                                                   | In- und Outbound-Telefonie                                                          |
|                                                                                                                                                                                        | IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u. a.)     | IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber                                               |
|                                                                                                                                                                                        | Telefonstudios (FWS, TNS u. a.)                               | Kundenzufriedenheitsbefragungen                                                     |
|                                                                                                                                                                                        | Assisteure (ALLYSCA, Actineo, Euro-Center Holding, GDV u. a.) | Assistanceleistungen                                                                |
|                                                                                                                                                                                        | Marktforschungsunternehmen                                    | Marktforschung                                                                      |
|                                                                                                                                                                                        | Marketingagenturen/-provider                                  | Marketingaktionen                                                                   |
|                                                                                                                                                                                        | Kooperationspartner im Bereich Reparatur                      | Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen                          |
|                                                                                                                                                                                        | Lettershops/Druckereien                                       | Druck und Versand von Postsendungen                                                 |
|                                                                                                                                                                                        | Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien                    | Forderungseinzug und Prozessführung                                                 |
|                                                                                                                                                                                        | Entsorger                                                     | Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern |
|                                                                                                                                                                                        | Rückversicherer (Munich Re u. a.)                             | Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersvorsorge                    |
|                                                                                                                                                                                        | Sachverständige, Belegprüfer, med. Gutachter                  | Unterstützung bei der Schadensregulierung                                           |