# ARAG Krankenversicherung/Pflegeversicherung

Alle Eingaben löschen

Orga | Abschluss-Vermittler | Externer Ordnungsbegriff/Fremdschlüssel

☐ Fernabsatz

☐ Neuantrag Vollversicherung ☐ Neuantrag Zusatzversicherung ☐ Änderungsantrag

ARAG Vertrags-Nr.

**Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht**
Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Angaben/Fragen in diesem Antrag nach bestem Wissen vollständig und richtig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht".

**Versicherungsnehmer/Antragsteller**

☐ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name | Vorname | Titel

Geburtsdatum | Nationalität[1] | wohnhaft in Deutschland seit?[1]

Straße (Hauptwohnsitz) | Hausnummer | Adresszusatz

PLZ | Wohnort (Hauptwohnsitz) | Steuer-Identifikationsnummer[1]

Geburtsname, falls abweichend[1] | Geburtsland[1]

Geburtsort[1] | Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind[1] (z. B. Zwillinge, Drillinge) ☐ ja ☐ nein

E-Mail[2] | Telefon[2] | Telefon mobil[2]

☐ Angestellter
☐ Selbstständiger
☐ Freiberufler
☐ Sonstiger

Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Wenn selbstständig, seit wann?

**Bei Beihilfe-/Heilfürsorgeanspruch**

☐ Beamter
☐ Heilfürsorge-Empfänger
☐ Sonstiges (Kind, Partner, Versorgungsempfänger)

☐ Beamtenanwärter, voraussichtliches Ausbildungsende: Datum

**Beihilfevorschrift und -bemessungssatz**

☐ Bund ☐ Land/Dienstherr:

Beihilfesatz: ambulant % stationär %

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Personen: Anzahl

☐ Der Antragsteller ist gleichzeitig zu versichernde Person 1

**Information über ARAG Versicherungen**

Für eine gute Beratung und Betreuung rund um Recht, Absicherung, Gesundheit und Vorsorge möchten wir Sie stets mit aktuellen Informationen auf dem Laufenden halten. Dafür benötigen wir Ihre Zustimmung.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Sie und die von Ihnen beauftragten Mitarbeiter und Versicherungsvermittler mich telefonisch, per SMS und E-Mail über Versicherungsprodukte und Services der ARAG SE, der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und der ARAG Krankenversicherungs-AG für mich oder meine Familienangehörigen informieren. Dieses Einverständnis umfasst auch die Ansprache zur Markt- und Meinungsforschung. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann das Einverständnis jederzeit widerrufen: per E-Mail an Anfrage-KV@ARAG.de, unter 089 4124 9566 oder per Post an ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München.

**Versicherungsbeginn**

Datum | zugleich Termin der 1. Beitragsfälligkeit

**Zahlungsweise**

☐ jährlich (4 % Skonto) ☐ ½-jährlich (2 % Skonto) ☐ ¼-jährlich ☐ monatlich

Ich wünsche die widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge ☐ zum 01. eines Monats ☐ zum 15. eines Monats
(bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

[1] Angabe nur für Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung und Beihilfekosten-Versicherung erforderlich
[2] freiwillige Angabe

**Zu versichernde Person 1**

☐ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name | Vorname | Titel

Geburtsdatum | Nationalität[1] | wohnhaft in Deutschland seit?[1]

Geburtsname, falls abweichend[1] | Geburtsland[1]

Geburtsort[1] | Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind[1] (z. B. Zwillinge, Drillinge) ☐ ja ☐ nein

☐ Angestellter
☐ Selbstständiger
☐ Freiberufler
☐ Sonstiger

Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Wenn selbstständig, seit wann? | Steuer-Identifikationsnummer[1]

**Bei Beihilfe-/ Heilfürsorge-anspruch**

☐ Beamter
☐ Heilfürsorge-Empfänger
☐ Sonstiges (Kind, Partner, Versorgungsempfänger)

☐ Beamtenanwärter, voraussichtliches Ausbildungsende: | Datum

**Beihilfe-vorschrift und -bemessungssatz**

☐ Bund ☐ Land / Dienstherr:

Beihilfesatz: ambulant % stationär %

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Personen: Anzahl

Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller:

☐ Ehegatte, eingetragener Lebenspartner
☐ Verlobte/r oder eheähnliche Lebensgemeinschaft
☐ Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel
☐ Elternteil, Großelternteil, Stiefeltern, Pflegeeltern
☐ Geschwister, Schwager / Schwägerin, Onkel / Tante, Neffe / Nichte
☐ Sonstige

**Hinweis:**
Geben Sie bei vom Antragsteller abweichender Adresse (Hauptwohnsitz) diese bitte am Ende der Seite unter „Sonstige Bemerkungen/Hinweise“ an.

**Zu versichernde Person 2**

☐ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name | Vorname | Titel

Geburtsdatum | Nationalität[1] | wohnhaft in Deutschland seit?[1]

Geburtsname, falls abweichend[1] | Geburtsland[1]

Geburtsort[1] | Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind[1] (z. B. Zwillinge, Drillinge) ☐ ja ☐ nein

☐ Angestellter
☐ Selbstständiger
☐ Freiberufler
☐ Sonstiger

Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Wenn selbstständig, seit wann? | Steuer-Identifikationsnummer[1]

**Bei Beihilfe-/ Heilfürsorge-anspruch**

☐ Beamter
☐ Heilfürsorge-Empfänger
☐ Sonstiges (Kind, Partner, Versorgungsempfänger)

☐ Beamtenanwärter, voraussichtliches Ausbildungsende: | Datum

**Beihilfe-vorschrift und -bemessungssatz**

☐ Bund ☐ Land / Dienstherr:

Beihilfesatz: ambulant % stationär %

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Personen: Anzahl

Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller:

☐ Ehegatte, eingetragener Lebenspartner
☐ Verlobte/r oder eheähnliche Lebensgemeinschaft
☐ Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel
☐ Elternteil, Großelternteil, Stiefeltern, Pflegeeltern
☐ Geschwister, Schwager / Schwägerin, Onkel / Tante, Neffe / Nichte
☐ Sonstige

**Hinweis:**
Geben Sie bei vom Antragsteller abweichender Adresse (Hauptwohnsitz) diese bitte am Ende der Seite unter „Sonstige Bemerkungen/Hinweise“ an.

☐ Es wurde eine Vorabanfrage gestellt (bitte Chiffre-Nr. angeben): | Chiffre-Nr.

[1] Angabe nur für Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung und Beihilfekosten-Versicherung erforderlich

**Sonstige Bemerkungen/ Hinweise**

**Tarife und Beiträge**

**Person 1**

| Tarif | Tagessatz** | Tarifbeitrag Euro | Zuschlag | |
|---|---|---|---|---|
| | | | % | Euro auf Cent runden |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Person 2**

| Tarif | Tagessatz** | Tarifbeitrag Euro | Zuschlag | |
|---|---|---|---|---|
| | | | % | Euro auf Cent runden |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Monatlicher Gesamtbeitrag** inkl. evtl. Zuschläge (Beitragsrate mindestens 4 Euro) Euro

** bei Beitragsentlastung (BEK) den monatlichen Entlastungsbetrag eintragen.
Grundversicherung und BEK bilden einen kalkulatorisch und rechtlich miteinander verbundenen Tarif.

**Zuschläge, Leistungs-einschränkungen**

Person 1 – Grund

Person 2 – Grund

**Ergänzende Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung**
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen

| | Person 1 | Person 2 |
|---|---|---|
| Ich bin seit dem 01.01.1995 ununterbrochen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert (Nachweis wird nachgereicht). | ☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein |
| **Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:** Das monatliche Gesamteinkommen* (Definition siehe Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen") des Kindes liegt nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (535 Euro), bzw. für geringfügig Beschäftigte nicht über 556 Euro und die Voraussetzungen (siehe Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen") sind erfüllt. | ☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein |

Folgender Elternteil ist in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert (Bitte aktuellen Nachweis einreichen):

| Name, Vorname des Elternteils | pflege-pflichtversichert bei |
|---|---|
| | |

**Beitragsbegrenzung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner:**
(nur zu beantworten, wenn einer der Ehe-/eingetragenen Lebenspartner seit dem 01.01.1995 privat pflegepflichtversichert ist).

Das monatliche Gesamteinkommen* (Definition siehe Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen") eines Ehe-/eingetragenen Lebenspartners liegt nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (535 Euro), bzw. für geringfügig Beschäftigte nicht über 556 Euro und die Voraussetzungen (siehe Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen") sind erfüllt. ☐ ja ☐ nein

| Name, Vorname des Ehe-/eingetr. Lebenspartner | pflege-pflichtversichert bei | seit? |
|---|---|---|
| | | |

**Wartezeiten/ Anrechnungszeiten**
Entsprechende schriftliche Nachweise sind vorzulegen

| | Person 1 | Person 2 |
|---|---|---|
| **Ich beantrage** die Anrechnung der Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung auf die Wartezeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung. | ☐ ja | ☐ ja |
| **Ich beantrage** Wartezeiterlass für die Krankenversicherung auf Grund ärztlicher Untersuchung (Die Untersuchungskosten übernehme ich). Das Ärztliche Zeugnis muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung eingegangen sein, ansonsten gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. | ☐ ja | ☐ ja |

**Vorversicherungen**
Bestehende, bestandene, beantragte, abgelehnte, der letzten **fünf** Jahre

**Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit Vorversicherern erforderlich werden.**

| Pers. | Krankenversicherung/ Krankentagegeldversicherung Versicherer/Kasse | Pflege-/Pflegezusatzversicherung Versicherer/Kasse | Besteht seit (TT.MM.JJJJ) | Endet zum (TT.MM.JJJJ) | Beantragt am (TT.MM.JJJJ) | Abgelehnt am (TT.MM.JJJJ) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Fragen an die zu versichernden Personen**

**Ergänzende Angaben für die Tarife IndividualPflege PIN, 68 und 69**
Besteht bereits eine private Pflegetagegeldversicherung?

| | | Höhe des Pflegetagegeldes? | |
|---|---|---|---|
| **Person 1** | ☐ ja | Euro | ☐ nein |
| **Person 2** | ☐ ja | Euro | ☐ nein |

**Zahlungsrückstand**

**Für Versicherte aus der privaten Krankenversicherung:**
Besteht für den Antragsteller oder eine zu versichernde Person beim derzeitigen privaten Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?

Antragsteller ☐ ja ☐ nein Zu versichernde Person 1 ☐ ja ☐ nein Zu versichernde Person 2 ☐ ja ☐ nein

Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht".

**Angaben zu Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherungen**

**Person 1**

a) Haben Sie anderweitig eine Versicherung für Krankenhaustagegeld? ☐ nein ☐ ja, Tagessatz Euro

b) Haben Sie anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld? ☐ nein ☐ ja, ab Tag Tagessatz Euro

c) Ihr monatliches Nettoeinkommen Euro

d) Haben Sie bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts? Für wie lange? ☐ nein ☐ ja, wie lange? Tage

**Person 2**

a) Haben Sie anderweitig eine Versicherung für Krankenhaustagegeld? ☐ nein ☐ ja, Tagessatz Euro

b) Haben Sie anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld? ☐ nein ☐ ja, ab Tag Tagessatz Euro

c) Ihr monatliches Nettoeinkommen Euro

d) Haben Sie bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts? Für wie lange? ☐ nein ☐ ja, wie lange? Tage

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit anderen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Hinweis: Geht die betroffene Person einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nach, ist die Absicherung einer Krankentagegeldversicherung nicht möglich. Bei gleichzeitiger Ausübung einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und einer geringfügigen Beschäftigung, kann der Einkommensanteil aus der geringfügigen Beschäftigung nicht auf das versicherbare Nettoeinkommen angerechnet werden.

**Angaben bei Vertragsänderungen**

**Person 1**

a) Liegen Ihnen Kostenbelege vor? ☐ nein ☐ ja, bitte Belege beifügen.

b) Stehen Kostenbelege aus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Wegen welcher Beschwerden, Krankheiten (auch zahnärztliche Maßnahmen?).

Name und Anschrift des Arztes

Behandlungszeit?

**Person 2**

a) Liegen Ihnen Kostenbelege vor? ☐ nein ☐ ja, bitte Belege beifügen.

b) Stehen Kostenbelege aus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Wegen welcher Beschwerden, Krankheiten (auch zahnärztliche Maßnahmen?).

Name und Anschrift des Arztes

Behandlungszeit?

**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht**
Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantworten. Dabei müssen Sie auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben.

Wir dürfen gemäß Gendiagnostikgesetz weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages genetische Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch ist es uns untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse bzw. Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Sie sind jedoch verpflichtet, bestehende Erkrankungen und Vorerkrankungen anzugeben – unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

**Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.**

## Gesundheitsangaben

Antragsteller

Informationen zu einer versicherten Person, die der ARAG Krankenversicherung durch schriftliche Erklärungen oder Leistungsanträge bereits bekannt sind, brauchen bei den Fragen 1 und 2 nicht wiederholt zu werden.

| | Person 1 ja | Person 1 nein | Person 2 ja | Person 2 nein |
|---|---|---|---|---|
| 1. Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen, sonstige Gesundheitsstörungen, Körperimplantate oder Prothesen? Wenn ja, geben Sie diese bitte an, auch wenn sie als unwesentlich angesehen werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Wurden Sie in den letzten fünf Jahren stationär im Krankenhaus behandelt bzw. fand eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme statt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Beabsichtigen Sie Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker oder wurden Ihnen solche angeraten? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Werden oder wurden Ihnen in den letzten zwölf Monaten Medikamente verordnet? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsminderung, eine anerkannte Behinderung oder Pflegebedürftigkeit? Bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt oder ist eine Antragsstellung geplant oder angeraten? Oder haben Sie bereits Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen? Geben Sie im Falle einer Behinderung bitte den Grad der Behinderung an und legen eine Kopie des jeweiligen Bescheides mit Diagnosen bei. | ☐ % | ☐ | ☐ % | ☐ |
| 6. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Besteht bei Ihnen eine Sterilität oder eine Infertilität oder findet oder fand bei Ihnen wegen unerfülltem Kinderwunsch eine ärztliche Behandlung statt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Wie groß sind Sie? Wie viel wiegen Sie? | cm | kg | cm | kg |
| 9. Finden derzeit oder fanden in den letzten zehn Jahren aufgrund psychischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Erkrankungen bzw. Beschwerden oder wegen einer Suchtmitteleinnahme ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen oder Psychotherapien statt oder sind solche angeraten bzw. beabsichtigt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille/Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig oder angeraten? Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl an. | ☐ links | ☐ rechts | ☐ links | ☐ rechts |
| 11. a) Finden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen statt oder sind solche notwendig, vom Zahnarzt empfohlen oder beabsichtigt? Wenn ja, legen Sie einen aktuellen zahnärztlichen Befundbericht – Artikel Nr. A 804 – bei. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt? Wenn ja, benötigen wir einen aktuellen Parodontal-Status. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c) Wie viele Zähne fehlen bei Ihnen und sind nicht ersetzt (ohne Milch-/Weisheitszähne, einen vollständigen Lückenschluss müssen Sie nicht als fehlenden Zahn angeben)? Ab fünf fehlenden Zähnen benötigen wir einen aktuellen zahnärztlichen Befundbericht – Artikel-Nr. A 804. | Anzahl | ☐ keine | Anzahl | ☐ keine |
| d) Wie viele Ihrer Zähne sind durch Prothesen ersetzt (herausnehmbarer Zahnersatz)? | Anzahl | ☐ keine | Anzahl | ☐ keine |
| 12. Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten drei (ambulant), fünf Jahre (stationär) bzw. zehn Jahre (bei psychischen Erkrankungen) am besten Auskunft geben kann? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| Person | Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers |
|---|---|
| | |

Bitte beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie einen Pflegezusatz-Tarif beantragen möchten.

| | Person 1 ja | Person 1 nein | Person 2 ja | Person 2 nein |
|---|---|---|---|---|
| 13. Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater (auch bei beabsichtigter Vaterschaftsanerkennung oder beabsichtigter Adoption)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Zusätzliche Gesundheitsangaben**

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so beantworten sie diese unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag und verweisen Sie im Antrag auf dieses Beiblatt.

**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–11, wenn Sie mit ja geantwortet haben**

| Pers. | Zu Frage | Genaue Diagnose, Art der Beschwerden, Verletzung, Art des Körperimplantates/der Prothese, Untersuchung (was wurde festgestellt?) Welche Operation erfolgte? Medikamente? | Behandlung / Beschwerden | | Behandlung abgeschlossen? Seit wann? | Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser usw.: Wer kann Auskunft geben? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | von | bis | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Beratungsprotokoll**

Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

**Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist**

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen.
Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt **(falls nicht zutreffend, bitte streichen)**.
Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf **(falls nicht zutreffend, bitte streichen)**.
Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die zu erstattenden Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.
Nähere Informationen zum Widerrufsrecht finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10.
Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.

**Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung für den Arbeitgeberzuschuss und Vorsorgeaufwand (ELStAM)**

Der Versicherer ist künftig verpflichtet, dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) die Höhe Ihrer Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge elektronisch zu übermitteln. Dies ermöglicht die Gewährung eines steuerfreien Arbeitgeberzuschusses und/oder die Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen im Lohnsteuerabzugsverfahren. Eine ausführliche Information zur elektronischen Übermittlung sowie zur Möglichkeit eines Widerspruchs und dessen Auswirkungen finden Sie im Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen". Bitte lesen Sie diese Informationen aufmerksam durch.

Falls Sie keine elektronische Datenübermittlung wünschen, können Sie dieser ganz oder teilweise widersprechen. Kreuzen Sie dazu einfach die bevorzugte Widerspruchsmöglichkeit an:

☐ **Vollständiger Widerspruch für den gesamten Vertrag zur elektronischen Datenübermittlung der beiden ELStAM-Meldungen (Arbeitgeberzuschuss und Vorsorgeaufwendungen)**

**oder**

**Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung zur Meldung für die Erlangung des Arbeitgeberzuschusses gemäß § 257 Abs. 2 SGB V bzw. § 61 Abs. 2 SGB XI**

☐ für den gesamten Vertrag oder für einzelne Personen – ☐ Person 1 ☐ Person 2

**Widerspruch zur elektronischen Datenübermittlung zur Meldung der Vorsorgeaufwendungen für die steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen im Lohnsteuerabzugsverfahren nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG**

☐ für den gesamten Vertrag oder für einzelne Personen – ☐ Person 1 ☐ Person 2

**Hinweis zum individuellen Teilwiderspruch**
Neben den oben genannten Widerspruchsmöglichkeiten ist auch ein individueller Teilwiderspruch hinsichtlich der Beitragshöhe und/oder Zeiträumen möglich. Nähere Informationen finden Sie im Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen". Wird ein solcher Widerspruch gewünscht, ist eine gesonderte entsprechende Erklärung von Ihnen hierzu erforderlich.

**Information zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer**

Als ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist die ARAG Krankenversicherungs-AG gesetzlich verpflichtet, die Höhe der zu Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherungen geleisteten und erstatteten Beiträge unter Angabe bestimmter personenbezogener Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer) an die Finanzbehörden zu melden. Die Zuordnung der übermittelten Daten zu der betreffenden steuerpflichtigen Person geschieht über die Steueridentifikationsnummer. Erfolgt in diesem Antrag keine Angabe der Steueridentifikationsnummer, wird die ARAG Krankenversicherungs-AG diese über ein maschinelles Anfrageverfahren (MAV) beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) ermitteln.

**Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Einholung von Wirtschaftsauskünften**
(nur bei Antrag auf: private Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Im Rahmen der Entscheidung über eine Annahme des Antrags prüft die ARAG Krankenversicherungs-AG das Zahlungsverhalten des Antragstellers. Hierzu sind Informationen zum bisherigen Zahlungsverhalten (Bonitätsdaten) und zum erwarteten zukünftigen Zahlungsverhalten (PKV-Scorewert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren) des Antragstellers erforderlich. Diese Informationen erhebt die ARAG Krankenversicherungs-AG auf Basis von Name, Anschrift und Geburtsdatum bei einer Wirtschaftsauskunftei. Hierzu wird eine Einwilligung nach DSGVO (Art. 6 Abs. I lit. a)) und eine Schweigepflichtentbindung des Antragstellers benötigt.

Auf Basis der vorgenannten Informationen willige ich freiwillig und für die Zukunft jederzeit widerrufbar ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG über mich zum Zweck der Begründung und Durchführung meines Vertragsverhältnisses Wirtschaftsauskünfte über meine Zahlungsfähigkeit sowie mein aktuelles und zukünftiges Zahlungsverhalten bei Wirtschaftsauskunfteien (z. B. Infoscore Consumer Data GmbH, SCHUFA Holding AG, Creditreform AG) einholen und nutzen darf.

Zu dem vorgenannten Zweck entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Krankenversicherungs-AG im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an Wirtschaftsauskunfteien, freiwillig und jederzeit widerruflich, von ihrer Schweigepflicht.

**Datenschutzhinweise**

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie auf ARAG.de unter der Rubrik Datenschutz.

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ARAG Krankenversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG**

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

**2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

☐ **Möglichkeit I:**

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.**

**Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die ARAG Krankenversicherungs-AG übermittelt werden.**

**Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.**

**Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.**

☐ **Möglichkeit II:**

**Ich wünsche, dass mich die ARAG Krankenversicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich**

- **in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige**
- **oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**

**Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten Sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ARAG Krankenversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.**

**2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

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

☐ **Möglichkeit I:**

**Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1. – Möglichkeit I).**

☐ **Möglichkeit II:**

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.**

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG**

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

**3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

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

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

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

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

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

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon (0 89) 41 24-82 00, service@ARAG.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

**3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

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

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

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

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

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 uns unterrichtet.

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

**3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

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

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

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

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

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

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

**3.5 Datenweitergabe zum Zwecke der Beschaffung der Rentenversicherungsnummer und der Krankenversichertennummer (KVNR)**

Die Krankenversichertennummer (KVNR) ermöglicht als personenbezogenes Kennzeichen die lebenslange eindeutige Identifikation eines Versicherten im deutschen Gesundheitswesen. Die gesetzliche Grundlage bildet das Implantateregistergesetz (§ 17 Abs. 4). Das Implantateregister ist ein zentrales und bundesweites Register, das die Sicherheit und Qualität von Implantaten und die medizinische Versorgung mit Implantaten verbessern soll. Dafür wird für alle Krankenversicherten eine lebenslang gültige persönliche Nummer vergeben, die sie identifiziert. Diese Nummer dient zukünftig auch als kartenlose, digitale Identität im Gesundheitswesen und ermöglicht Ihnen bei Bedarf den Zugang zu digitalen Anwendungen und Services.

Darüber hinaus dient die KVNR auch zur eindeutigen Identifikation eines Versicherten in der Telematikinfrastruktur (TI). Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte. Welche Anwendungen angeboten werden, entscheidet die ARAG-Krankenversicherungs-AG. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

Für den Zugang zur TI ist eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die eGK sowie die digitale Identität dienen als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine eGK oder eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt die ARAG-Krankenversicherungs-AG diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben.

Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln.

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. übermittelt wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. wir rufen diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln:

Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer.

**Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die elektronische Gesundheitskarte, die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können.

**Erklärung für vertretene Personen**

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

**Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

**Ferner willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen insbesondere auch die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichterklärung“ ab. Ebenso bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben. Auch haben Sie die übrigen Hinweise im Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen“ zur Kenntnis genommen.

**Unterschriften**
Vor- und Nachnamen

| Ort/Datum | Antragsteller |
|---|---|
| 1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter | zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*) |
| 2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter | zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*) |

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

**Empfangsbestätigung**

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen **(nicht Zutreffendes bitte streichen)**:

- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Versicherteninformationen),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III,
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht),
- Datenschutzhinweise

Weitere Bestätigung in folgenden Einzelfällen (falls Dokument im jeweiligen Einzelfall nicht erhalten, dieses bitte streichen):

- Bei Beantragung einer tarifintegrierten Beitragsentlastungskomponente (BEK): Besondere Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK
- Bei Beantragung einer großen Anwartschaftsversicherung: Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung
- Bei Beantragung einer kleinen Anwartschaftsversicherung: Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung

**Unterschrift**
Vor- und Nachname

| Ort/Datum | Antragsteller |
|---|---|
| | |

# SEPA-Lastschriftmandat

☐ **zum Antrag** vom Datum 2 0

☐ **zum Vertrag** ARAG Vertrags-Nr.: Mandatsreferenz-Nr.: **Wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt.**

**Kontoinhaber**
Mandatsgeber

☐ Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller ist gleichzeitig Kontoinhaber/Mandatsgeber.

☐ Herr
☐ Frau
☐ Neutrale Anrede
☐ Firma

Name, Vorname, Titel, Firma

Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich (uns) die ARAG spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification").

**Kreditinstitut**
kein Sparkonto

Name

IBAN

BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)

**Zahlungs-empfänger**

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

**Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigte Person**

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigte Person

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

# Wichtige Hinweise/Erklärungen

**Allgemeine Hinweise**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Allgemeinen ist es von Versicherungsunternehmen nicht erwünscht, dass eine bestehende private Krankenversicherung aufgegeben wird, um zu einer anderen Gesellschaft zu wechseln. Auch kann dies für den Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person mit Nachteilen verbunden sein.

Bitte informieren Sie sich deshalb, bevor Sie einen bestehenden Vertrag kündigen. Am besten warten Sie vor der Kündigung auch die Annahme Ihres Antrags durch uns ab, damit Sie nahtlosen Versicherungsschutz haben.

**Tarif- und Bedingungsübersicht**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) setzen sich jeweils zusammen aus Teil I (Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (den zugehörigen Tarifbedingungen; entfällt bei den Musterbedingungen der Privaten Pflege-Pflichtversicherung MB/PPV) sowie Teil III (Tarifbeschreibung). Für die Tarife BeihilfeBest, BeihilfeKlinik, BeihilfeEinbett sowie BeihilfeErgänzungBest besteht die Tarifbeschreibung (Teil III) aus Teil III A. Tarifübergreifende Bestimmungen der Tarifbeschreibung und Teil III B. Tarifbeschreibung.
Welche Teile I und II für die von Ihnen gewählten Tarife gültig sind, entnehmen Sie der nachfolgenden Übersicht.

| Tarife | Teil I | MB/KK 2009 | MB/KK 2009 | MB/KT 2009 | MB/KT 2009 | MB/EPV 2017 | MB/PPV 2024 | MB/GEPV 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Teil II | TB/KK 2013 | TB/KK 2019 | TB/KT 2013 | TB/KT 2019 | TB/EPV 2013 | | TB/GEPV 2014 |
| 11 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 181–185 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| K | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 200–209 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 210, 2110, 211–217 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 21P70–21P90 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 220, 2210, 221–227 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 230, 2310, 231–237 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 240, 2410, 241–247 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 261, 262 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S | | – | ● | – | – | – | – | – |
| MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L | | – | ● | – | – | – | – | – |
| 2710, 271–277 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 281, 282 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| Z100, Z70,Z50/90 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| Z90Bonus | | ● | – | – | – | – | – | – |
| Dent70, 90, 90+, 100 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 482 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 483 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| BJunior, KJunior | | ● | – | – | – | – | – | – |
| V100 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| FlexiPro | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 520, 5210, 521–529 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 540, 5410, 541–549 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| 251–259 | | ● | – | – | – | – | – | – |
| MedExtra | | – | ● | – | – | – | – | – |
| MedBest | | – | ● | – | – | – | – | – |
| BeihilfeBest | | – | ● | – | – | – | – | – |
| BeihilfeKlinik | | – | ● | – | – | – | – | – |
| BeihilfeEinbett | | – | ● | – | – | – | – | – |
| BeihilfeErgänzungBest | | – | ● | – | – | – | – | – |
| 31–39 | | – | – | ● | – | – | – | – |
| KTV21–KTV364 | | – | – | – | ● | – | – | – |
| 800 (PVN) | | – | – | – | – | – | ● | – |
| 810 (PVB) | | – | – | – | – | – | ● | – |
| 680–689 | | – | – | – | – | ● | – | – |
| 69 | | – | – | – | – | ● | – | – |
| PIN1–PIN5 | | – | – | – | – | ● | – | – |
| PF | | – | – | – | – | – | – | ● |

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

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

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

(3) Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
   a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
   b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
   c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes, wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
   d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstabe a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder Nr. 11 SGB XI oder nach § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.

**Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung in der Pflege-Pflichtversicherung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner****

Nach den Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI besteht ein Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das falls nicht geringfügig beschäftigt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV bzw. § 8a SGB IV: regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2025: 535 Euro) überschreitet bzw. falls geringfügig beschäftigt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV bzw. § 8a SGB IV: regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze gemäß § 8 Abs. 1a SGB IV (2025: 556 Euro) überschreitet.

* Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter – auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) –, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus einem Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG. Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Pauschbetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. Bei selbstständiger Tätigkeit , Land- und Forstwirtschaft sowie Gewerbebetrieb, ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Bürgergeld, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

** Lebenspartner sind nur eingetragene Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz.

**Ausführliche Informationen zur elektronischen Meldung der Lohnsteuerabzugsmerkmale der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (ELStAM) – Datenübermittlung für den Arbeitgeberzuschuss und Vorsorgeaufwand sowie zur Widerspruchsmöglichkeit für den Versicherungsnehmer**

Ab dem Jahr 2026 sind wir gesetzlich verpflichtet, die Beitragswerte für die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen jährlich elektronisch an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu melden. Übermittelt werden dabei folgende Daten:
Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Steueridentifikationsnummer, Anschrift und Beitragswerte.

Die übermittelten Daten werden durch das BZSt dem Arbeitgeber bereitgestellt und im Zusammenhang mit der Gehaltsabrechnung vom Arbeitgeber elektronisch abgerufen.

Dies ermöglicht die Gewährung eines steuerfreien Arbeitgeberzuschusses und/oder die Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen im Lohnsteuerabzugsverfahren.
Ab 2026 dürfen Arbeitgeber nur die elektronisch an das BZSt übermittelten Beiträge anerkennen. Bescheinigungen in Papierform zur Vorlage beim Arbeitgeber werden nicht mehr erstellt. Sie als Versicherungsnehmer werden über jede erfolgte Datenmeldung an das BZSt von uns informiert.

**Widerspruchsrecht zur ELStAM-Meldung**

Falls Sie als Versicherungsnehmer nicht möchten, dass wir die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung dem BZSt elektronisch zur Verfügung stellen und auch Ihr Arbeitgeber keinen Zugriff auf die Höhe Ihrer Beiträge für die private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung haben soll, **dann haben Sie die Möglichkeit der Übermittlung dieser Daten an das BZSt uns gegenüber formlos zu widersprechen**.

Der Widerspruch kann vollständig für den gesamten Vertrag oder teilweise erfolgen. Er kann für einzelne versicherte Personen oder Meldearten, wie z.B. nur für den Arbeitgeberzuschuss oder nur für die Vorsorgeaufwendung erklärt werden.

Zusätzlich ist auch ein individueller Teilwiderspruch hinsichtlich der Beitragshöhe (absolut oder prozentual) und/oder bezüglich eines bestimmten Zeitraums möglich.
Ein vollständiger Widerspruch gilt auch für zukünftige Vertragserweiterungen. Sie können den Widerspruch bereits im Antragsformular oder formlos auf andere Weise erklären. Sie haben auch immer die Möglichkeit während der Vertragslaufzeit für zukünftige Meldungen zu widersprechen.

Bitte beachten Sie, dass wir bei einem vollständigen Widerspruch keine und bei einem Teilwiderspruch keine vollständigen Daten an das BZSt melden werden. Dies gilt so lange, bis Sie Ihren Widerspruch/Teilwiderspruch für die Zukunft uns gegenüber widerrufen.

**Wichtig:** Ein Widerspruch/Teilwiderspruch kann mit finanziellen Nachteilen für Sie verbunden sein.

Bei weiteren Fragen zu der elektronischen Meldung, insbesondere zu den Auswirkungen eines etwaigen Widerspruchs und dessen mögliche finanzielle Nachteile, verweisen wir auf Ihren Steuerberater bzw. an das BZSt. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus rechtlichen Gründen keine individuelle Steuerberatung erbringen dürfen.

Wichtige Hinweise/Erklärungen Stand 06.2025

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München schriftlich nachzuholen.

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

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahr-erheblichen Umstände nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

**1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

**2. Kündigung**
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Ferner ist unser Kündigungsrecht bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ausgeschlossen. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

**3. Vertragsänderung**
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Dies gilt auch, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt.
Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

**4. Ausübung unserer Rechte**
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

Ihre
ARAG Krankenversicherungs-AG

Bitte zurück an

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München

oder per Fax (0 89) 41 24-95 25

## Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname  Geb.-Datum

Anschrift

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Behandlungsplan | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | L |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behandlungsplan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Befund

**f** = fehlende Zähne
**e** = ersetzte Zähne
**b** = Brückenglied
**k** = überkronte Zähne
**)(** = Lücke geschlossen
**s** = sanierungsbedürftige Zähne
**z** = zerstörte Zähne
**c** = kariöse Zähne
**i** = Implantat
**y** = Inlay
**T** = Konus- / Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich / geplant?
Bitte den Behandlungsplan in o. g. Schema eintragen.

### Behandlungsplan

**E** = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
**T** = Konus- / Teleskopkrone
**K** = Vollgusskrone
**B** = Vollgussbrückenglied
**V** = Kunststoffverblendung
**I** = Inlay
**M** = Keramikverblendung
**F** = Füllung
**i** = Implantat
**TK** = Teilkrone

Sonstige zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Maßnahmen erforderlich/geplant? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Ort, Datum  Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

---

**Erklärung des Antragstellers** zum Antrag vom

für  Versicherungs- / Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem:
Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

**Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer**

Ort, Datum  Unterschrift des Antragstellers

A 804 8.2016

# Datenschutzhinweise ARAG Krankenversicherungs-AG

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

## Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Telefon: 089 4124 02
Telefax: 089 4124 9525
E-Mail: Service@ARAG.de

Wenn Sie Fragen hinsichtlich der Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung Ihrer Daten haben, können Sie sich schriftlich an unser Team Datenschutz wenden. An dieses können Sie auch Ihre Anregungen oder eventuelle Datenschutzbeschwerden richten.

ARAG Versicherungen
Team Datenschutz
AKB 405D
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

Alternativ können Sie einen der nachstehenden Kontaktwege nutzen:
E-Mail-Kontaktformular (sichere Übertragung Ihrer Daten durch SSL-Verschlüsselung)
E-Mail: datenschutz@arag.de (max. TLS-verschlüsselte E-Mail-Kommunikation)

Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der ARAG lauten wie folgt:
ARAG Versicherungen
Datenschutzbeauftragter
AKB 405D
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
datenschutzbeauftragter@arag.de (max. TLS-verschlüsselte E-Mail-Kommunikation)

## Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** 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. Diese können Sie im Internet unter www.arag.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

## Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko- und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ARAG-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung,
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen-und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.arag.de/datenschutz zuvor informieren.

## An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

**Rückversicherer:**

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

**Vermittler:**
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

**Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:**
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

**Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:**
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister.

Die Microsoft Ireland Operations Limited stellt uns im Rahmen einer Auftragsverarbeitung insbesondere die Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure zur Verfügung. Hierbei ist eine Datenspeicherung auf Servern in Europa vertraglich vereinbart.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.arag.de/datenschutz entnehmen.

**Weitere Empfänger:**
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

## Wie lange speichern wir Ihre Daten?
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

## Welche Rechte haben Sie?
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

**Postanschrift**
Postfach 1349, 91504 Ansbach
Telefon: +49 (0) 981 180093-0
Telefax: +49 (0) 981 180093-800
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

**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.**

## Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. Anfrage zu Vorversicherungszeiten) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten, früheren Versicherer erfolgen.

## Holen wir Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten ein?
Im Rahmen der Entscheidung über eine Annahme eines Antrags auf eine private Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung prüft die ARAG Krankenversicherungs-AG das Zahlungsverhalten des Antragstellers. Hierzu sind Informationen zum bisherigen Zahlungsverhalten (Bonitätsdaten) und zum erwarteten zukünftigen Zahlungsverhalten (PKV-Scorewert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren) des Antragstellers erforderlich. Diese Informationen erhebt die ARAG Krankenversicherungs-AG auf Basis von Name, Anschrift und Geburtsdatum bei der Wirtschaftsauskunftei „Infoscore Consumer Data GmbH“. Sowohl für die Bonitätsauskunft, als auch für die Abfrage des PKV-Scores holen wir zuvor Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung und Ihre Einwilligung ein.

Detaillierte Informationen zur Infoscore Consumer Data GmbH (ICD) im Sinne des Artikel 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO), das heißt, Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: www.experian.de/icd-infoblatt.

## Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?
Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.arag.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

## Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?
Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ferner vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Entscheiden wir vollautomatisiert über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen, basiert unsere Entscheidung auf den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, auf den von uns verarbeiteten Gesundheitsdaten, sowie auf den gebührenrechtlichen Entgeltregelungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Geben wir Ihrem Leistungsantrag nicht in vollem Umfang statt, haben Sie das Recht auf Überprüfung der vollautomatisierten Entscheidung durch einen Sachbearbeiter der ARAG-Krankenversicherungs-AG.

# Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

**A. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:**

1. ARAG SE
2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
3. ARAG Krankenversicherungs-AG
4. Vif GmbH
5. Interlloyd Versicherungs-AG

**B. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):**

| Auftraggebende Gesellschaft | Dienstleister | Zweck der Beauftragung | Gesundheitsdaten |
|---|---|---|---|
| Alle Konzerngesellschaften (siehe A.) | ARAG IT GmbH | Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit | ja |
| Alle Konzerngesellschaften (siehe A.) | ARAG Service Center GmbH | Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen | ja |
| Alle Konzerngesellschaften (siehe A.) | Microsoft Ireland Operations Limited | Insbesondere Bereitstellung der Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure. (Die Datenspeicherung auf Servern in Europa ist vertraglich vereinbart.) | ja |
| Alle Konzerngesellschaften (siehe A.) | Paragon Customer Communications Weingarten GmbH | Druck und Versand | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG SE | ARAG SE | Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG SE | ARAG SE | Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG SE | ARAG SE | Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG SE | ARAG SE | Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG Krankenversicherungs-AG | ARAG SE | Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer ARAG SE | ARAG SE | Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich | ja |
| Alle Konzerngesellschaften, außer Vif GmbH | Flixcheck GmbH | Bereitstellung einer digitalen Kommunikationsplattform | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften, außer Vif GmbH | Rhenus Data Office GmbH | Akten- & Datenträgervernichtung | ja |
| ARAG SE | Swiss Post Solutions GmbH | Leistungs- und Vertragsbearbeitung | nein |
| ARAG SE | adesso insurance solutions GmbH | Automatisierte Postbearbeitung im Schadenfall | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | Actineo GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | ARAG SE | Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | ARAG Service Center GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | DEKRA Claims Management GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | Europa Versicherung AG | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | Property€xpert GmbH | Leistungsbearbeitung | nein |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | ARAG Gesundheits-Services GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | ARAG Service Center GmbH | Telefonischer Kundendienst | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | AWP Service Deutschland GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | compass private pflegeberatung GmbH | Pflege Assistance | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. | Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden | nein |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | IBM Deutschland GmbH | Korrektur und Erfassen von Daten | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | IMB Consult GmbH | Medizinische Gutachten | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | innovas GmbH | Pflegesachbearbeitung | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | MEDICPROOF GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |

| Auftraggebende Gesellschaft | Dienstleister | Zweck der Beauftragung | Gesundheitsdaten |
|---|---|---|---|
| ARAG Krankenversicherungs-AG | PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG | Vertragsbearbeitung | nein |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | P A V Card GmbH | Produktion von Druckstücken | nein |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | Swiss Post Solutions GmbH | Telefonischer Kundendienst, Leistungs- und Vertragsbearbeitung | ja |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | WDS.care GmbH | Pflege Assistance | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | Actineo GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | Dienstleistermanagement | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | Leistungsbearbeitung | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | ARAG Service Center GmbH | Leistungsbearbeitung (Schutzbrief) | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | DEKRA Claims Management GmbH | Leistungsbearbeitung | ja |
| Interlloyd Versicherungs-AG | Property€xpert GmbH | Leistungsbearbeitung | nein |

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

| Auftraggebende Gesellschaft | Dienstleisterkategorie | Zweck der Beauftragung | Gesundheitsdaten |
|---|---|---|---|
| Alle Konzerngesellschaften | Adressermittler | Adressprüfung | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | Ärzte | Risiko und Leistungsprüfung | ja |
| Alle Konzerngesellschaften | Aktenlager | Lagerung von Akten | ja |
| Alle Konzerngesellschaften | Assisteure | Assistanceleistungen | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Call-Center | In-/Outbound Telefonie | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Datenvernichter | Vernichtung von Daten | ja |
| Alle Konzerngesellschaften | E+S Rückversicherung AG | Antrags- und Leistungsbearbeitung www.es-rueck.de/de/datenschutz/ | ja |
| Alle Konzerngesellschaften | Gutachter und Sachverständige | Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Inkassounternehmen | Forderungsmanagement | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | IT-Dienstleister | Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Lettershops/Druckereien/Postversender | Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | Marketingagenturen/-provider | Marketingaktionen | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | Marktforschungsunternehmen | Marktforschung | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | Rechtsanwälte | Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug, Regressverfahren | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Rückversicherer, Rückversicherungs-makler | Rückversicherung | ja |
| Alle Konzerngesellschaften | Sanierer, Werkstätten | Schadensanierung und Reparaturen | zum Teil |
| Alle Konzerngesellschaften | Servicekartenhersteller | Herstellung von Kundenkarten | nein |
| Alle Konzerngesellschaften | Wirtschaftsauskunfteien | Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung | nein |
| ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und Interlloyd Versicherungs-AG | Anbieter für Telediagnostik und Tele-therapie in der Tierheilkunde | Einschätzung der Erkrankung des Tieres, Beratung Tierhalterverfügung | nein |
| ARAG Krankenversicherungs-AG | Anbieter medizinischer Produkte | Hilfsmittelversorgung | ja |

**D. Hinweise:**

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (https://www.arag.de). Hier finden Sie unter der Überschrift „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

Stand 4.2025