Ein Unternehmen der ERGO

DKV
Deutsche Krankenversicherung

Antrag auf Krankenzusatzversicherung

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

A30A

Body-Mass-Index (BMI)-Tabelle

Körpergröße (m)

Körpergewicht (kg)	1,54	1,56	1,58	1,60	1,62	1,64	1,66	1,68	1,70	1,72	1,74	1,76	1,78	1,80	1,82	1,84	1,86	1,88	1,90	1,92	1,94	1,96	1,98	2,00
120	50	49	48	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	37	36	35	34	33	33	32	31	31	30	30
118	49	48	47	46	44	43	42	41	40	39	38	38	37	36	35	34	34	33	32	32	31	30	30	29
116	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	35	34	33	32	32	31	30	30	29	29
114	48	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	35	34	33	32	32	31	30	30	29	29	28
112	47	46	44	43	42	41	40	39	38	37	36	36	35	34	33	33	32	31	31	30	29	29	28	28
110	46	45	44	42	41	40	39	38	38	37	36	35	34	33	33	32	31	31	30	29	29	28	28	27
108	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	34	33	32	31	31	30	29	29	28	28	27	27
106	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	35	34	33	32	32	31	30	29	29	28	28	27	27	26
104	43	42	41	40	39	38	37	36	35	35	34	33	32	32	31	30	30	29	28	28	27	27	26	26
102	43	41	40	39	38	37	37	36	35	34	33	32	32	31	30	30	29	28	28	27	27	26	26	25
100	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	33	32	31	30	30	29	28	28	27	27	26	26	25	25
98	41	40	39	38	37	36	35	34	33	33	32	31	30	30	29	28	28	27	27	26	26	25	24	24
96	40	39	38	37	36	35	34	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	27	26	26	25	24	24	24
94	39	38	37	36	35	34	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	27	26	26	25	24	24	23	23
92	38	37	36	35	35	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	27	26	26	25	24	24	23	23	23
90	37	36	36	35	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	27	26	26	25	24	24	23	23	22	22
88	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	22
86	36	35	34	33	32	31	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21	21
84	35	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21	21	21
82	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20
80	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	20
78	32	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19
76	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	23	23	22	22	21	21	21	20	20	19	19	19
74	31	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	23	23	22	22	21	21	20	20	20	19	19	18	18
72	30	29	28	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	19	18	18	18
70	29	28	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	18	17	17
68	28	27	27	26	25	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20	20	19	19	18	18	18	17	17	17

▲ BMI ab 40
● BMI von 35 bis 39
■ BMI von 30 bis 34

Sind die Werte für Körpergröße und Gewicht nicht in der Tabelle enthalten, dann ist der Body-Mass-Index selbst zu errechnen.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahrs möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[U1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

[U1] Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

DMS 01206

DKV

☐ **Antrag auf Krankenversicherung** ☐ **Beitritt zur Gruppenversicherung**
☐ **Antrag auf Krankenversicherung in GKV[1]-Kooperation / Kollektivrahmenvertrag**

[1]GKV = gesetzliche Krankenversicherung

A. Angaben zum Antragsteller / Beitretenden

Versicherungs-Nr. **KV** _____

Vorname / Nachname, Titel		Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)		Telefon privat / mobil (freiwillige Angabe)		
PLZ	Wohnort	E-Mail / De-Mail (freiwillige Angabe)		
ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler ☐ Beihilfeberechtigt	seit	Besteht Mitgliedschaft in Kammer / Berufsverband? ☐ ja, Name ☐ nein	

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

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

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

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

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

B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1 ☐ identisch mit Antragsteller / Beitretendem ☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:

Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	☐ Arbeitnehmer / Angestellter ☐ Selbstständiger / Freiberufler	
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? ☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:		ambulant %	stationär %

Person 2 ☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:

Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	☐ Arbeitnehmer / Angestellter ☐ Selbstständiger / Freiberufler	
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? ☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:		ambulant %	stationär %

Person 1	**Beginn**							
Umwandlung	☐	☐	☐	☐	☐	Zuschlag	Anrechnungsbetrag	Summe (monatlich)
Tarif / Tagegeldhöhe								
Beitrag								0,00

Person 2	**Beginn**							
Umwandlung	☐	☐	☐	☐	☐	Zuschlag	Anrechnungsbetrag	Summe (monatlich)
Tarif / Tagegeldhöhe								
Beitrag								0,00

Gesamtsumme Person 1 + 2 0,00

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

C. Angaben zur Gesundheit

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Unter - suchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

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

Übersicht Tarife und zu beantwortende Gesundheitsfragen.

Tarife	Fragenbereich	Tarife	Fragenbereich
KBCK, KDT, KKHT, KKUR, KSHR, KSU, PLS, PSP, UZ1/2	keiner	KAZM	3 und 4
Z80, Z90, Z100	1	KABN/Z, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	2, 3 und 4
KHMR	2		

	Person 1 ja	Person 1 nein	Person 2 ja	Person 2 nein
Fragenbereich 1: Findet zurzeit eine **zahnärztliche Behandlung** statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (außer Milch-, Weisheitszähnen und Lückenschluss[2]), und/oder haben sie herausnehmbaren Zahnersatz (Voll-/Teilprothese)? Haben sie Kreidezähne und/oder hat in den letzten 3 Jahren eine Parodontosebehandlung stattgefunden? **Für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs:** Findet zurzeit eine **kieferorthopädische Behandlung** statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?	☐	☐	☐	☐
[2]Lückenschluss = benachbarte Zähne sind komplett zusammengerückt.				
Fragenbereich 2: Haben Sie eine diagnostizierte Schwerhörigkeit oder Hörschädigung? Haben Sie ein transplantiertes Organ, künstliche Gelenke, Implantate (außer Zahnimplantaten)? Besteht eine Pflegebedürftigkeit, ein anerkannter Grad einer Behinderung bzw. Erwerbsminderung? Ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt? Ist Ihre gesundheitliche Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt? Oder sind Sie dazu auf Hilfe bzw. auf den Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) angewiesen? **Für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres:** Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?	☐	☐	☐	☐
Fragenbereich 3: Wurden Sie in den letzten 4 Jahren aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden behandelt oder beraten? Sind Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐
Fragenbereich 4: Größe und Gewicht cm / kg	_____ / _____		_____ / _____	
Zusätzlich für Personen **vor Vollendung des 4. Lebensjahrs** zu beantworten: Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm?	☐	☐	☐	☐

Hinweis: Es ist immer ein „ja" anzukreuzen, wenn nur eine Frage des jeweiligen Fragenbereichs zu bejahen ist. Wenn Fragenbereich 1, 2 und/oder 3 bejaht wurde(n), benötigen wir weitere Angaben. Dies gilt auch, wenn sich aufgrund der Angaben zu Fragenbereich 4 ein Body-Mass-Index (BMI) ab 30 ergibt. Berechnung BMI=Körpergewicht in kg: (Körpergröße in m)^2. Oder es lag ein Geburtsgewicht kleiner 2000g vor.

☐ Das Formular „Detailfragen für die Ergänzungsversicherung (KV30)" ist beigefügt.

☐ Die ergänzende Erklärung (A79) ist beigefügt.

D. Vorversicherungsangaben / Bestehende Versicherung und Beantragung Wartezeiterlass / Verkürzung Zahnstaffel

Vorversicherung / Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Private oder gesetzliche Krankheitskosten - versicherung (Angabe des Versicherers und der Mitglieds-, Kassen- / Versicherungsnummer erforderlich)	☐ pflicht-versichert von: bis: ☐ laufend	☐ pflicht-versichert von: bis: ☐ laufend
Pflegepflicht- bzw. soziale Pflegeversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)	von: bis: ☐ laufend	von: bis: ☐ laufend
Kurkosten- / Kurtagegeldanspruch	☐ ja (Bei „ja" **kein** Abschluss von Tarif KKUR möglich)	☐ ja (Bei „ja" **kein** Abschluss von Tarif KKUR möglich)
Krankenhaustagegeldanspruch	☐ ja, Höhe: täglich	☐ ja, Höhe: täglich
Pflege**zusatz**versicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)	von: bis: ☐ laufend Tarif: Höhe: täglich	von: bis: ☐ laufend Tarif: Höhe: täglich

DMS F01206

Beantragung Wartezeiterlass

Ich beantrage:

	Person 1	Person 2
den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erlass der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung zu prüfen. Die Voraussetzungen hierfür sind auf Seite 4 genannt.	☐	☐

Verkürzung Zahnstaffel (Tarife Z80, Z90, Z100)

	Person 1	Person 2
Ich bestätige, dass ich in den letzten 3 Jahren jährlich bei der Zahnvorsorge (Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt) war und sonst in dieser Zeit keine zahnärztliche Behandlung* stattgefunden hat.	☐	☐

Hinweis: Bei Bestätigung verkürzen wir die Leistungsbegrenzung auf die ersten zwei Versicherungsjahre.
Dies gilt nicht für die Leistungsbegrenzung bei Kieferorthopädie.

*professionelle Zahnreinigung zählt nicht als Behandlung

E. SEPA-Lastschriftmandat / Beitragszahlung

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

Der Gesamtmonatsbeitrag soll abgebucht werden.	**Das angegebene Konto soll belastet werden zum (gilt nur für Folgebeiträge):**
☐ **monatlich** ☐ **vierteljährlich** ☐ **halbjährlich** ☐ **jährlich**	☐ **1.** ☐ **8.** ☐ **16.** ☐ **24.**

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

IBAN: DE	**Kreditinstitut:**

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

F. Schlusserklärungen

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlich folgende Erklärungen ab:
- **bei Beitritt zur Gruppenversicherung bzw. Antrag auf Kollektivrahmenvertrag die Einwilligung zum Bestandsabgleich auf Seite 5.**
- **die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 7.**

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

Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage, gebe ich zusätzlich die **versicherungssteuerrechtliche Erklärung zu deren Angehörigeneigenschaft** auf Seite 4 ab.

Zusammen mit diesem Antrag gebe ich folgende Erklärung zum Pflege Schutz Paket PSP ab:
Bei mir bzw. der zu versichernden Person besteht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI. Ein Antrag auf Anerkennung einer solchen wurde nicht gestellt. Es ist auch nicht beabsichtigt, einen solchen Antrag zu stellen.

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

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

Ort/Datum | Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden

Unterschrift des Vermittlers | Unterschrift der zu versichernden Person 1[3] | Unterschrift der zu versichernden Person 2[3]

[3] ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt:
- der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz.
- der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung".
- des Informationsblattes der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Datum | Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden

Interne Vermerke (vom Vermittler auszufüllen)					
1. RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		%	Werbehilfe	Versicherungsschein/ -ausweis an: ☐ Kunde ☐ Vermittler	
2. RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		☐ Tippgeber ☐ X-Antrag	NGST	Zugangsweg	Kunden-Nr.
Vertriebsstelle	Personal-Nr.	Filial-Nr.	☐ DB AG (002)	☐ DB AG (003)	Kunden-Nr. (DB AG)

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

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung
Befreiung von Versicherungssteuer nach dem Versicherungsteuergesetz (VersStG)

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

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

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

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

Umwandlung von Tarifen mit Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen

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

Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen

– **KombiMed Tarife Z80, Z90, Z100**
Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen erheben wir pro fehlendem Zahn einen versicherungsmedizinischen Zuschlag. Er beträgt monatlich 4,00 Euro für Tarif Z80, 6,00 Euro für Tarif Z90 und 10,00 Euro für Tarif Z100. Im Rahmen einer Beitragsanpassung überprüfen wir die Höhe des Zuschlags. Falls erforderlich, passen wir ihn an. Bitte beachten Sie: Die Versorgung eines fehlenden Zahnes mit Zahnersatz steht trotz Zahlung eines Zuschlags nur unter Versicherungsschutz, wenn diese zu Beginn des Versicherungsschutzes weder begonnen hat noch angeraten oder beabsichtigt ist. Der Zuschlag ist für die gesamte Laufzeit der Versicherung zu zahlen.

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

Gruppenversicherung / GKV-Kooperation / Kollektivrahmenvertrag
Für eine Gruppenversicherung mit Kontrahierungszwang bzw. für einen Antrag im Rahmen einer GKV-Kooperation oder eines Kollektivrahmenvertrages mit der DKV gilt:
Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind für die betroffene Person die Kosten für Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Prothesen) und Implantate einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen/funktionstherapeutischen Maßnahmen sowie Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien nicht versichert.

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

Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung

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

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

– **KombiMed Tarife UZ1/2**
Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrags anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.

Hinweis zum Pflege Schutz Paket PSP

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

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

Wartezeiterlass beim Pflege Schutz Paket PSP

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

Wartezeiterlass (nur bei Einzelversicherung)

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

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

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

Gilt nur bei einem Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivrahmenvertrag

Einwilligung zum Bestandsabgleich

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

• Name
• Adresse und
• Geburtsdatum

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

Versicherbarer Personenkreis

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

Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei werdender Elternschaft/Adoption (vgl. Frage 2.9 der Detailfragen für die Ergänzungsversicherung KV30) wird der Versicherungsbeginn für den gesamten Vertrag 6 Monate vordatiert, sofern Kontrahierungszwang besteht.

Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen

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

Sonderkonditionen

Wartezeiten

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

Entfall der Sonderkonditionen

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn
- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung

endet.

Information zum Datenschutz

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

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300
50933 Köln

Telefon: 0800 3746444 (gebührenfrei)

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

Fax: 01805 786000

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

E-Mail: service@dkv.com.

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o. g. Adresse oder unter: datenschutz@dkv.com

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

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

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

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

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

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z. B. erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und ihrer Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zum Bestandsabgleich mit einer kooperierenden Krankenkasse um festzustellen, ob die Versicherung dort noch besteht. Die Vorteile aus der Kooperation (z. B. Beitragsnachlass) müssen entfallen, wenn Sie nicht oder nicht mehr bei der Krankenkasse versichert sind.
- zur Optimierung unserer internen Abläufe, z. B. bei der Eingangsbearbeitung. Wir nutzen dabei automatische Systeme, um nachvollziehen zu können, welche Dokumente und Mitteilungen uns erreichen und analysieren diese mit dem Ziel, die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen zu verbessern,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können;
- zum Abgleich gegen die sogenannten „Terrorlisten“ bzw. „US-Sanktionslisten“, um sicherzustellen, dass keine Gelder oder sonstigen wirtschaftlichen Ressourcen für terroristische Zwecke bereitgestellt werden. Aufgrund der europäischen Antiterrorverordnungen 2580/2001 und 881/2002 sind wir zum Datenabgleich sogar gesetzlich verpflichtet.

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

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.
Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Ihre Rechte können Sie geltend machen unter den oben genannten Kontaktdaten.

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

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer

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

Vermittler

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

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe

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

Externe Dienstleister

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

Weitere Empfänger

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

Wir übermitteln Beiträge Ihrer Kranken- und Pflegeversicherungen an das Bundeszentralamt für Steuern.

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, der Übermittlung nach § 39 Absatz 4a EStG ganz oder teilweise zu widersprechen.

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Frühere Versicherer

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

Welche Daten tauschen wir aus?

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

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

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

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

Bonitätsauskünfte

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

- infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

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

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

Adressabfragen

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

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

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

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

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir in einigen Fällen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche medizinische Zuschläge oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Bei anderen vergeben wir automatisch einen vorher prozentual festgelegten Zuschlag.

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

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

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

Was ist das Ziel der automatisierten Entscheidungen?
Wir möchten die Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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

Welche Rechte haben Sie?

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

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

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

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

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung[4]

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag / diese Beitritts erklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Group AG, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

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

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

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

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

[4] Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Oliver Wilmes
Vorstand: Frauke Fiegl (Vorsitzende),
Nina Henschel, Christoph Klawunn, Heiko Stüber
Sitz: Köln, Handelsregister: Amtsgericht Köln
HRB 570, USt-ID DE123489120
Internet:
www.dkv.com

Detailfragen für die Ergänzungsversicherung

Anlage zum Antrag / zur Beitrittserklärung vom:	RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM	Versicherungs-Nr. (falls vorhanden) **KV**
Vorname / Nachname des Antragstellers / Beitretenden	Vorname / Nachname der zu versichernden **Person 1**	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig.
Beachten Sie: Sofern Sie eine mit einem roten Dreieck ▲ gekennzeichnete Gesundheitsangabe mit „ja" beantworten müssen, kann der Antrag in der Einzelversicherung nicht angenommen werden. In der Gruppenversicherung kann eine Erschwerung vereinbart werden. Bei allen Gesundheitsangaben, die mit den Symbolen ● (40 %) / ■ (20 %) gekennzeichnet sind, wird bei der Beantwortung mit „ja" ein Beitragszuschlag erhoben.

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

Fragenbereich 1 haben Sie im Antrag mit „ja" beantwortet. Dieser lautete:
„Findet zurzeit eine **zahnärztliche** Behandlung statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?
Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (außer Milch-, Weisheitszähnen und Lückenschluss[1]), und/oder haben sie herausnehmbaren Zahnersatz (Voll-/Teilprothese)?
Haben sie Kreidezähne und/oder hat in den letzten 3 Jahren eine Parodontosebehandlung stattgefunden?
Für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs: Findet zurzeit eine **kieferorthopädische Behandlung** statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?"

Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife: **Z80, Z90, Z100**

Tarife Z80, Z90, Z100

		ja	nein
▲ **1.1**	Laufende, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen und/oder Parodontosebehandlung in den letzten 3 Jahren. Herausnehmbarer Zahnersatz (Voll-/Teilprothesen) und/oder Kreidezähne (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) vorhanden. Zusätzlich für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs: Laufende, beabsichtigte oder angeratene kieferorthopädische Behandlung	☐	☐
ℹ	Eine laufende, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlung kann z.B. eine Wurzelbehandlung, Füllungen, Versorgung eines fehlenden Zahnes, Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz sein.		
1.2	Fehlende nicht ersetzte Zähne (außer Milch- und Weisheitszähne und Lückenschluss)[1]	☐	☐
ℹ	Eine laufende, beabsichtigte oder angeratene Behandlungen zu einem fehlenden Zahn ist auch bei Frage 1.1. anzugeben.		
▲	– Mehr als 3 fehlende Zähne?	☐	
	– 3 fehlende Zähne (Beitragszuschlag: 12 Euro bei Z80, 18 Euro bei Z90, 30 Euro bei Z100)	☐	
	– 2 fehlende Zähne (Beitragszuschlag: 8 Euro bei Z80, 12 Euro bei Z90, 20 Euro bei Z100)	☐	
	– 1 fehlender Zahn (Beitragszuschlag: 4 Euro bei Z80, 6 Euro bei Z90, 10 Euro bei Z100)	☐	
ℹ	Die Versorgung eines fehlenden Zahnes mit Zahnersatz steht trotz Beitragszuschlag nur unter Versicherungsschutz, wenn diese zu Beginn des Versicherungsschutzes weder begonnen hat noch angeraten oder beabsichtigt ist. Der Zuschlag ist für die gesamte Laufzeit der Versicherung zu zahlen.		

[1]Lückenschluss = benachbarte Zähne sind komplett zusammengerückt.

Fragenbereich 2 haben Sie im Antrag mit „ja“ beantwortet. Dieser lautete:

„Haben Sie eine diagnostizierte Schwerhörigkeit oder Hörschädigung?
Haben Sie ein transplantiertes Organ, künstliche Gelenke, Implantate (außer Zahnimplantaten)?
Besteht eine Pflegebedürftigkeit, ein anerkannter Grad einer Behinderung bzw. Erwerbsminderung? Ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt?
Ist Ihre gesundheitliche Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt? Oder sind Sie dazu auf Hilfe bzw. auf den Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) angewiesen?
Für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres: Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?“

Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife:
KABN/Z, KGZ1/2, KHMR, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KHMR	▲ 2.1	Schwerhörigkeit oder Hörschädigung	☐	☐
Tarife KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ 2.2	Organtransplantation	☐	☐
	● 2.3	Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, außer Zähnen (z. B. künstliche Knie- oder Hüftgelenke, Brustimplantate)	☐	☐
	▲ 2.4	Pflegebedürftigkeit besteht. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen. Die gesundheitliche Selbstständigkeit ist bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt. Oder es ist dazu Hilfe bzw. der Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) notwendig. Mindestens einer dieser sechs Lebensbereiche ist betroffen: 1. Mobilität (z. B. Gehhilfen) / 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen / 4. Selbstversorgung / 5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen / 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	☐	☐
	● 2.5	Grad einer Behinderung bis einschließlich 50 % ist anerkannt.	☐	☐
	▲ 2.6	Grad einer Behinderung über 50 % ist anerkannt. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer Behinderung gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen.	☐	☐
	● 2.7	Erwerbsminderung bis einschließlich 50 % besteht.	☐	☐
	▲ 2.8	Erwerbsminderung über 50 % besteht. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer Erwerbsminderung gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen.	☐	☐
Tarife KPEK, KPET, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ 2.9	**Für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres:** Sie sind werdende Mutter oder werdender Vater oder Sie beabsichtigen eine Adoption.*	☐	☐

* bei Beantwortung der Frage 2.9 mit „ja“ gilt: Für Gruppenversicherung / Kooperationsgeschäft mit Kontrahierungszwang wird der Versicherungsbeginn für den gesamten Vertrag 6 Monate vordatiert.

Fragenbereich 3 haben Sie im Antrag mit „ja“ beantwortet. Dieser lautete**:**

„Wurden Sie in den letzten 4 Jahren aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden behandelt oder beraten?
Sind Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden angeraten oder beabsichtigt?“

Daher benötigen wir von Ihnen aus dem Zeitraum der letzten 4 Jahre weitere Angaben zum Abschluss der Tarife:
KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ 3.1	Chronische Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie, neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. fortschreitende Muskelschwäche), Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen, Amyotrophe Lateralsklerose, Chorea Huntington, Polyneuropathie	☐	☐
	▲ 3.2	Chronische Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Kurzdarmsyndrom)	☐	☐
	▲ 3.3	Chronische Nierenerkrankungen (z. B. verminderte Nierenfunktion, Glomerulonephritis)	☐	☐
	▲ 3.4	Schwere chronische Erkrankungen der Atmungsorgane: Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenfibrose, Mukoviszidose, Schlafapnoe-Syndrom, Sarkoidose	☐	☐
	▲ 3.5	Erkrankungen des Herzens und der Herzkranzgefäße (z. B. koronare Herzkrankheit [KHK], Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, Vorhofflimmern)	☐	☐
	▲ 3.6	Arterielle Gefäßerkrankungen: Aortenerweiterung, Verengung oder Verschluss von Schlagadern (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit)	☐	☐

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ 3.7	Durchblutungsstörung des Gehirns: Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnblutung, Carotisstenose (Verengung der Halsschlagader)	☐	☐
	▲ 3.8	Lebererkrankungen: chronische Virushepatitis, Leberzirrhose, Hämochromatose	☐	☐
	▲ 3.9	Krebs und sonstige bösartige Erkrankungen (z. B. Leukämie, Lymphom)	☐	☐
	▲ 3.10	Psychische Erkrankungen oder Störungen (z. B. Depression, Schizophrenie, Zwangsstörung, Demenz; Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen)	☐	☐
	▲ 3.11	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), angeborene Stoffwechselerkrankungen	☐	☐
	▲ 3.12	HIV-Infektion, Tuberkulose, Bluterkrankheit	☐	☐
	▲ 3.13	Fehlbildungen des Bewegungsapparats oder der inneren Organe sowie Chromosomenanomalien (z. B. Down-Syndrom)	☐	☐
Tarife KPEK, KPET, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ 3.14	Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Rheuma, Morbus Bechterew, Osteoporose, Fibromyalgie, chronisches Schmerzsyndrom, Osteomyelitis	☐	☐
	▲ 3.15	**Für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahrs:** Behandlungs-/kontrollbedürftige Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung oder ein Verdacht darauf und/oder Teilnahme an einer Maßnahme der Frühförderung	☐	☐
	● 3.16	Gelenkerkrankungen (Arthrose, Arthritis, Gicht)	☐	☐
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KS1/2 (nicht relevant für Pflegetarife)	▲ 3.17	Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Rheuma, Morbus Bechterew, Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Gicht, Fibromyalgie, chronisches Schmerzsyndrom, Osteomyelitis	☐	☐
	● 3.18	Unfallbedingte Gelenkerkrankungen (z. B. Meniskusriss, Kreuzbandriss)	☐	☐
	● 3.19	Nicht bösartige Erkrankungen der Prostata (z. B. Vergrößerung, Entzündung)	☐	☐
	● 3.20	Nicht bösartige Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter (z. B. Myome, Endometriose)	☐	☐
	● 3.21	Gallen-, Nieren-, Blasensteine	☐	☐
	● 3.22	Nicht operierter Leistenbruch, Nabelbruch, Narbenbruch	☐	☐
	● 3.23	Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis	☐	☐
	● 3.24	Bronchialasthma, chronische Bronchitis	☐	☐
	● 3.25	Fußdeformierung (Hallux valgus)	☐	☐
	■ 3.26	Rückenschmerzen oder Muskelverspannungen	☐	☐
	■ 3.27	Migräne, häufige Kopfschmerzen	☐	☐
	■ 3.28	Chronisches Sodbrennen (Reflux), Dickdarmdivertikel, Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	☐	☐
	■ 3.29	Schilddrüsenkrankheiten (z. B. Vergrößerung, Über-/Unterfunktion); sonstige hormonelle Störungen	☐	☐
	■ 3.30	Chronische Nebenhöhlenentzündung, Nasenscheidewandverkrümmung, Cholesteatom	☐	☐
	■ 3.31	Nicht bösartige Tumore (z. B. Darmpolypen, Basaliom, Fibroadenom der Brust)	☐	☐
	■ 3.32	Hämorrhoiden; Krampfadern	☐	☐
	■ 3.33	**Für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahrs:** Mit Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie behandelte kindliche Entwicklungsstörung und/oder Teilnahme an einer Maßnahme der Frühförderung	☐	☐
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	● 3.34	Stationärer Krankenhausaufenthalt wegen Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfall)	☐	☐
	● 3.35	Hörsturz, Tinnitus, chronischer Schwindel, Gleichgewichtsstörung	☐	☐
	● 3.36	Lymphödem (Stauung der Lymphgefäße)	☐	☐
	● 3.37	Grüner Star oder Netzhauterkrankungen	☐	☐
	● 3.38	Unterschiedliche Beinlängen (über 2 cm Differenz)	☐	☐

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	■ **3.39**	Blasenschwäche oder mehrfache Harnwegsinfekte	☐	☐
	■ **3.40**	Hypertonie (Bluthochdruck)	☐	☐
	■ **3.41**	Fettstoffwechselstörung, Fettleber, erhöhte Harnsäure	☐	☐
Tarife KABN/Z, KAZM	● **3.42**	Allergie, Heuschnupfen (allergische Rhinopathie)	☐	☐

Im **Fragenbereich 4** hat sich aufgrund Ihrer Angaben zu Größe und Gewicht ein Body-Mass-Index (BMI) ab 30 ergeben. Oder es lag für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs ein Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm vor. Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife: **KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE**

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KS1/2, Pflege	▲ **4.1**	BMI ab 40	☐	☐
	● **4.2**	BMI von 35 bis 39	☐	☐
	■ **4.3**	BMI von 30 bis 34	☐	☐
	▲ **4.4**	Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm **(nur für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs)**	☐	☐

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden	Unterschrift der zu versichernden Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Detailfragen für die Ergänzungsversicherung

Anlage zum Antrag / zur Beitrittserklärung vom:	RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM	Versicherungs-Nr. (falls vorhanden) **KV**
Vorname / Nachname des Antragstellers / Beitretenden	Vorname / Nachname der zu versichernden **Person 2**	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig.
Beachten Sie: Sofern Sie eine mit einem roten Dreieck ▲ gekennzeichnete Gesundheitsangabe mit „ja" beantworten müssen, kann der Antrag in der Einzelversicherung nicht angenommen werden. In der Gruppenversicherung kann eine Erschwerung vereinbart werden. Bei allen Gesundheitsangaben, die mit den Symbolen ● (40 %) / ■ (20 %) gekennzeichnet sind, wird bei der Beantwortung mit „ja" ein Beitragszuschlag erhoben.

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

Fragenbereich 1 haben Sie im Antrag mit „ja" beantwortet. Dieser lautete:
„Findet zurzeit eine **zahnärztliche** Behandlung statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?
Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (außer Milch-, Weisheitszähnen und Lückenschluss[1]), und/oder haben sie herausnehmbaren Zahnersatz (Voll-/Teilprothese)?
Haben sie Kreidezähne und/oder hat in den letzten 3 Jahren eine Parodontosebehandlung stattgefunden?
Für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs: Findet zurzeit eine **kieferorthopädische Behandlung** statt? Oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?"

Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife: **Z80, Z90, Z100**

Tarife Z80, Z90, Z100

		ja	nein
▲ **1.1**	Laufende, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen und/oder Parodontosebehandlung in den letzten 3 Jahren. Herausnehmbarer Zahnersatz (Voll-/Teilprothesen) und/oder Kreidezähne (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) vorhanden. Zusätzlich für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs: Laufende, beabsichtigte oder angeratene kieferorthopädische Behandlung	☐	☐
ℹ	Eine laufende, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlung kann z.B. eine Wurzelbehandlung, Füllungen, Versorgung eines fehlenden Zahnes, Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz sein.		
1.2	Fehlende nicht ersetzte Zähne (außer Milch- und Weisheitszähne und Lückenschluss)[1]	☐	☐
ℹ	Eine laufende, beabsichtigte oder angeratene Behandlungen zu einem fehlenden Zahn ist auch bei Frage 1.1. anzugeben.		
▲	– Mehr als 3 fehlende Zähne?	☐	
	– 3 fehlende Zähne (Beitragszuschlag: 12 Euro bei Z80, 18 Euro bei Z90, 30 Euro bei Z100)	☐	
	– 2 fehlende Zähne (Beitragszuschlag: 8 Euro bei Z80, 12 Euro bei Z90, 20 Euro bei Z100)	☐	
	– 1 fehlender Zahn (Beitragszuschlag: 4 Euro bei Z80, 6 Euro bei Z90, 10 Euro bei Z100)	☐	
ℹ	Die Versorgung eines fehlenden Zahnes mit Zahnersatz steht trotz Beitragszuschlag nur unter Versicherungsschutz, wenn diese zu Beginn des Versicherungsschutzes weder begonnen hat noch angeraten oder beabsichtigt ist. Der Zuschlag ist für die gesamte Laufzeit der Versicherung zu zahlen.		

[1]Lückenschluss = benachbarte Zähne sind komplett zusammengerückt.

Fragenbereich 2 haben Sie im Antrag mit „ja“ beantwortet. Dieser lautete:

„Haben Sie eine diagnostizierte Schwerhörigkeit oder Hörschädigung?
Haben Sie ein transplantiertes Organ, künstliche Gelenke, Implantate (außer Zahnimplantaten)?
Besteht eine Pflegebedürftigkeit, ein anerkannter Grad einer Behinderung bzw. Erwerbsminderung? Ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt?
Ist Ihre gesundheitliche Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt? Oder sind Sie dazu auf Hilfe bzw. auf den Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) angewiesen?
Für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres: Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?“

Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife:
KABN/Z, KGZ1/2, KHMR, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KHMR	▲ **2.1**	Schwerhörigkeit oder Hörschädigung	☐	☐
Tarife KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ **2.2**	Organtransplantation	☐	☐
	● **2.3**	Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, außer Zähnen (z. B. künstliche Knie- oder Hüftgelenke, Brustimplantate)	☐	☐
	▲ **2.4**	Pflegebedürftigkeit besteht. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen. Die gesundheitliche Selbstständigkeit ist bei Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt. Oder es ist dazu Hilfe bzw. der Gebrauch von Hilfsmitteln (z. B. Gehstock, Rollator) notwendig. Mindestens einer dieser sechs Lebensbereiche ist betroffen: 1. Mobilität (z. B. Gehhilfen) / 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen / 4. Selbstversorgung / 5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen / 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	☐	☐
	● **2.5**	Grad einer Behinderung bis einschließlich 50 % ist anerkannt.	☐	☐
	▲ **2.6**	Grad einer Behinderung über 50 % ist anerkannt. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer Behinderung gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen.	☐	☐
	● **2.7**	Erwerbsminderung bis einschließlich 50 % besteht.	☐	☐
	▲ **2.8**	Erwerbsminderung über 50 % besteht. Oder es ist ein Antrag auf Anerkennung einer Erwerbsminderung gestellt bzw. beabsichtigt zu stellen.	☐	☐
Tarife KPEK, KPET, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ **2.9**	**Für Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres:** Sie sind werdende Mutter oder werdender Vater oder Sie beabsichtigen eine Adoption.*	☐	☐

* bei Beantwortung der Frage 2.9 mit „ja“ gilt: Für Gruppenversicherung / Kooperationsgeschäft mit Kontrahierungszwang wird der Versicherungsbeginn für den gesamten Vertrag 6 Monate vordatiert.

Fragenbereich 3 haben Sie im Antrag mit „ja“ beantwortet. Dieser lautete**:**

„Wurden Sie in den letzten 4 Jahren aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden behandelt oder beraten?
Sind Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Krankheiten oder Beschwerden angeraten oder beabsichtigt?“

Daher benötigen wir von Ihnen aus dem Zeitraum der letzten 4 Jahre weitere Angaben zum Abschluss der Tarife:
KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ **3.1**	Chronische Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie, neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. fortschreitende Muskelschwäche), Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen, Amyotrophe Lateralsklerose, Chorea Huntington, Polyneuropathie	☐	☐
	▲ **3.2**	Chronische Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Kurzdarmsyndrom)	☐	☐
	▲ **3.3**	Chronische Nierenerkrankungen (z. B. verminderte Nierenfunktion, Glomerulonephritis)	☐	☐
	▲ **3.4**	Schwere chronische Erkrankungen der Atmungsorgane: Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenfibrose, Mukoviszidose, Schlafapnoe-Syndrom, Sarkoidose	☐	☐
	▲ **3.5**	Erkrankungen des Herzens und der Herzkranzgefäße (z. B. koronare Herzkrankheit [KHK], Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, Vorhofflimmern)	☐	☐
	▲ **3.6**	Arterielle Gefäßerkrankungen: Aortenerweiterung, Verengung oder Verschluss von Schlagadern (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit)	☐	☐

			ja	nein
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ **3.7**	Durchblutungsstörung des Gehirns: Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnblutung, Carotisstenose (Verengung der Halsschlagader)	☐	☐
	▲ **3.8**	Lebererkrankungen: chronische Virushepatitis, Leberzirrhose, Hämochromatose	☐	☐
	▲ **3.9**	Krebs und sonstige bösartige Erkrankungen (z. B. Leukämie, Lymphom)	☐	☐
	▲ **3.10**	Psychische Erkrankungen oder Störungen (z. B. Depression, Schizophrenie, Zwangsstörung, Demenz; Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen)	☐	☐
	▲ **3.11**	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), angeborene Stoffwechselerkrankungen	☐	☐
	▲ **3.12**	HIV-Infektion, Tuberkulose, Bluterkrankheit	☐	☐
	▲ **3.13**	Fehlbildungen des Bewegungsapparats oder der inneren Organe sowie Chromosomenanomalien (z. B. Down-Syndrom)	☐	☐
Tarife KPEK, KPET, PTG, PZU50/100, BPPE	▲ **3.14**	Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Rheuma, Morbus Bechterew, Osteoporose, Fibromyalgie, chronisches Schmerzsyndrom, Osteomyelitis	☐	☐
	▲ **3.15**	**Für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahrs:** Behandlungs-/kontrollbedürftige Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung oder ein Verdacht darauf und/oder Teilnahme an einer Maßnahme der Frühförderung	☐	☐
	● **3.16**	Gelenkerkrankungen (Arthrose, Arthritis, Gicht)	☐	☐
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KS1/2 (nicht relevant für Pflegetarife)	▲ **3.17**	Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Rheuma, Morbus Bechterew, Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Gicht, Fibromyalgie, chronisches Schmerzsyndrom, Osteomyelitis	☐	☐
	● **3.18**	Unfallbedingte Gelenkerkrankungen (z. B. Meniskusriss, Kreuzbandriss)	☐	☐
	● **3.19**	Nicht bösartige Erkrankungen der Prostata (z. B. Vergrößerung, Entzündung)	☐	☐
	● **3.20**	Nicht bösartige Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter (z. B. Myome, Endometriose)	☐	☐
	● **3.21**	Gallen-, Nieren-, Blasensteine	☐	☐
	● **3.22**	Nicht operierter Leistenbruch, Nabelbruch, Narbenbruch	☐	☐
	● **3.23**	Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis	☐	☐
	● **3.24**	Bronchialasthma, chronische Bronchitis	☐	☐
	● **3.25**	Fußdeformierung (Hallux valgus)	☐	☐
	■ **3.26**	Rückenschmerzen oder Muskelverspannungen	☐	☐
	■ **3.27**	Migräne, häufige Kopfschmerzen	☐	☐
	■ **3.28**	Chronisches Sodbrennen (Reflux), Dickdarmdivertikel, Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	☐	☐
	■ **3.29**	Schilddrüsenkrankheiten (z. B. Vergrößerung, Über-/Unterfunktion); sonstige hormonelle Störungen	☐	☐
	■ **3.30**	Chronische Nebenhöhlenentzündung, Nasenscheidewandverkrümmung, Cholesteatom	☐	☐
	■ **3.31**	Nicht bösartige Tumore (z. B. Darmpolypen, Basaliom, Fibroadenom der Brust)	☐	☐
	■ **3.32**	Hämorrhoiden; Krampfadern	☐	☐
	■ **3.33**	**Für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahrs:** Mit Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie behandelte kindliche Entwicklungsstörung und/oder Teilnahme an einer Maßnahme der Frühförderung	☐	☐
Tarife KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	● **3.34**	Stationärer Krankenhausaufenthalt wegen Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfall)	☐	☐
	● **3.35**	Hörsturz, Tinnitus, chronischer Schwindel, Gleichgewichtsstörung	☐	☐
	● **3.36**	Lymphödem (Stauung der Lymphgefäße)	☐	☐
	● **3.37**	Grüner Star oder Netzhauterkrankungen	☐	☐
	● **3.38**	Unterschiedliche Beinlängen (über 2 cm Differenz)	☐	☐

Tarife			ja	nein
KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE	**3.39**	Blasenschwäche oder mehrfache Harnwegsinfekte	☐	☐
	3.40	Hypertonie (Bluthochdruck)	☐	☐
	3.41	Fettstoffwechselstörung, Fettleber, erhöhte Harnsäure	☐	☐
KABN/Z, KAZM	**3.42**	Allergie, Heuschnupfen (allergische Rhinopathie)	☐	☐

Im **Fragenbereich 4** hat sich aufgrund Ihrer Angaben zu Größe und Gewicht ein Body-Mass-Index (BMI) ab 30 ergeben. Oder es lag für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs ein Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm vor. Daher benötigen wir von Ihnen weitere Angaben zum Abschluss der Tarife: **KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KPEK, KPET, KS1/2, PTG, PZU50/100, BPPE**

Tarife			ja	nein
KABN/Z, KAZM, KGZ1/2, KS1/2, Pflege	**4.1**	BMI ab 40	☐	☐
	4.2	BMI von 35 bis 39	☐	☐
	4.3	BMI von 30 bis 34	☐	☐
	4.4	Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm **(nur für Personen vor Vollendung des 4. Lebensjahrs)**	☐	☐

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden	Unterschrift der zu versichernden Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Ein Unternehmen der ERGO

DMS 01011

Versicherungs-Nr.	Antragsteller / Beitretender
KV	
Zu versichernde **Person 1** (Vorname / Nachname / Geburtsdatum)	

Ergänzende Erklärung zum Antrag / zur Beitrittserklärung vom

Für die versicherungsmedizinische Beurteilung einer privaten Krankenversicherung spielen eine wesentliche Rolle:

- frühere oder aktuelle Krankheiten
- Beschwerden
- Unfallfolgen

Diese werden bei der versicherungsmedizinischen Bewertung berücksichtigt. Zusätzlich zum Tarifbeitrag vereinbaren wir dafür einen versicherungsmedizinischen Beitragszuschlag. Dieser gilt für die genannte zu versichernde Person. Er ist zusätzlich zum Tarifbeitrag zu zahlen. Beitragszuschläge nehmen an Beitragsanpassungen teil.

Für die beantragten Tarife sind durch diese Vereinbarung der versicherungsmedizinischen Beitragszuschläge folgende Krankheiten ab _____ in den Versicherungsschutz eingeschlossen:

zu Frage	Grund für den Beitragszuschlag	Tarif / Tarife	Monatlicher Beitragszuschlag
1.2	Fehlender Zahn / fehlende Zähne, wenn bei Beginn des Versicherungsschutzes die Versorgung mit Zahnersatz weder begonnen hat noch angeraten oder beabsichtigt war. Der Zuschlag ist für die gesamte Laufzeit der Versicherung zu zahlen.		Euro
● 2.3	Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, Ursachen und Folgen.		Euro
● 2.5	Anerkannter Grad einer Behinderung, Ursachen und Folgen.		Euro
● 2.7	Erwerbsminderung, Ursachen und Folgen.		Euro
● 3.16	Krankheiten der Gelenke und der Bindegewebe und Folgen.		Euro
● 3.18	Krankheiten der Gelenke und der Bindegewebe und Folgen.		Euro
● 3.19	Krankheiten der Prostata und ableitenden Harnwege und Folgen.		Euro
● 3.20	Unterleibskrankheiten und Folgen.		Euro
● 3.21	Gallen-, Nieren-, Blasensteine und Folgen.		Euro
● 3.22	Bruchleiden und Folgen.		Euro
● 3.23	Hautkrankheiten und Folgen.		Euro
● 3.24	Krankheiten der Atmungsorgane und Folgen.		Euro
● 3.25	Deformierung des Fuß-Skeletts und Folgen.		Euro

50069391 A79 A (07.25) Seite 1 von 2, Original für DKV, 1. Durchschrift für Vermittler, 2. Durchschrift für Kunde (VP 1)

zu Frage	Grund für den Beitragszuschlag	Tarif / Tarife	Monatlicher Beitragszuschlag
■ **3.26**	Krankheiten der Wirbelsäule, der Bandscheiben und der Rückenmuskulatur und Folgen einschließlich Nervenwurzelreizsyndrome.		Euro
■ **3.27**	Krankheiten des Nervensystems sowie Migräne und Folgen.		Euro
■ **3.28**	Magen-, Darm- und Speiseröhrenkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.29**	Krankheiten und Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion und Folgen.		Euro
■ **3.30**	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen sowie Cholesteatom und Folgen.		Euro
■ **3.31**	Geschwulstkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.32**	Venenkrankheiten sowie Hämorrhoiden und Folgen.		Euro
■ **3.33**	Entwicklungsstörungen und Folgen.		Euro
● **3.34**	Wirbelsäulenkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.35**	Erkrankungen des Innenohres, des Hör- und des Gleichgewichtsorgans einschließlich Ohrgeräuschen, Ursachen und Folgen.		Euro
● **3.36**	Lymphgefäßkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.37**	Augenkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.38**	Beinlängendifferenz, Ursachen und Folgen.		Euro
■ **3.39**	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege sowie Blasenkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.40**	Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.41**	Leber- und Stoffwechselkrankheiten – sowie Störungen des Harnsäurestoffwechsels und Folgen.		Euro
● **3.42**	Allergische Krankheiten und Folgen.		Euro
● **4.2** **oder** ■ **4.3**	Adipositas und Folgen.		Euro
		Monatlicher Gesamtbeitragszuschlag:	0,00 **Euro**

Diese Vereinbarung gilt vorbehaltlich der abschließenden Antragsprüfung. Sie kommt erst mit unserer Annahme zu Stande.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden*

* Bei minderjährigem Antragsteller / Beitretendem zusätzliche Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Ein Unternehmen der ERGO

DMS 01011

Versicherungs-Nr. **KV**	Antragsteller / Beitretender
Zu versichernde **Person 2** (Vorname / Nachname / Geburtsdatum)	

Ergänzende Erklärung zum Antrag / zur Beitrittserklärung vom

Für die versicherungsmedizinische Beurteilung einer privaten Krankenversicherung spielen eine wesentliche Rolle:

- frühere oder aktuelle Krankheiten
- Beschwerden
- Unfallfolgen

Diese werden bei der versicherungsmedizinischen Bewertung berücksichtigt. Zusätzlich zum Tarifbeitrag vereinbaren wir dafür einen versicherungsmedizinischen Beitragszuschlag. Dieser gilt für die genannte zu versichernde Person. Er ist zusätzlich zum Tarifbeitrag zu zahlen. Beitragszuschläge nehmen an Beitragsanpassungen teil.

Für die beantragten Tarife sind durch diese Vereinbarung der versicherungsmedizinischen Beitragszuschläge folgende Krankheiten ab _____ in den Versicherungsschutz eingeschlossen:

zu Frage	Grund für den Beitragszuschlag	Tarif / Tarife	Monatlicher Beitragszuschlag
1.2	Fehlender Zahn / fehlende Zähne, wenn bei Beginn des Versicherungsschutzes die Versorgung mit Zahnersatz weder begonnen hat noch angeraten oder beabsichtigt war. Der Zuschlag ist für die gesamte Laufzeit der Versicherung zu zahlen.		Euro
● 2.3	Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, Ursachen und Folgen.		Euro
● 2.5	Anerkannter Grad einer Behinderung, Ursachen und Folgen.		Euro
● 2.7	Erwerbsminderung, Ursachen und Folgen.		Euro
● 3.16	Krankheiten der Gelenke und der Bindegewebe und Folgen.		Euro
● 3.18	Krankheiten der Gelenke und der Bindegewebe und Folgen.		Euro
● 3.19	Krankheiten der Prostata und ableitenden Harnwege und Folgen.		Euro
● 3.20	Unterleibskrankheiten und Folgen.		Euro
● 3.21	Gallen-, Nieren-, Blasensteine und Folgen.		Euro
● 3.22	Bruchleiden und Folgen.		Euro
● 3.23	Hautkrankheiten und Folgen.		Euro
● 3.24	Krankheiten der Atmungsorgane und Folgen.		Euro
● 3.25	Deformierung des Fuß-Skeletts und Folgen.		Euro

50069391 A79 A (07.25) Seite 1 von 2, Original für DKV, 1. Durchschrift für Vermittler, 2. Durchschrift für Kunde (VP 2)

zu Frage	Grund für den Beitragszuschlag	Tarif / Tarife	Monatlicher Beitragszuschlag
■ **3.26**	Krankheiten der Wirbelsäule, der Bandscheiben und der Rückenmuskulatur und Folgen einschließlich Nervenwurzelreizsyndrome.		Euro
■ **3.27**	Krankheiten des Nervensystems sowie Migräne und Folgen.		Euro
■ **3.28**	Magen-, Darm- und Speiseröhrenkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.29**	Krankheiten und Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion und Folgen.		Euro
■ **3.30**	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen sowie Cholesteatom und Folgen.		Euro
■ **3.31**	Geschwulstkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.32**	Venenkrankheiten sowie Hämorrhoiden und Folgen.		Euro
■ **3.33**	Entwicklungsstörungen und Folgen.		Euro
● **3.34**	Wirbelsäulenkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.35**	Erkrankungen des Innenohres, des Hör- und des Gleichgewichtsorgans einschließlich Ohrgeräuschen, Ursachen und Folgen.		Euro
● **3.36**	Lymphgefäßkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.37**	Augenkrankheiten und Folgen.		Euro
● **3.38**	Beinlängendifferenz, Ursachen und Folgen.		Euro
■ **3.39**	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege sowie Blasenkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.40**	Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten und Folgen.		Euro
■ **3.41**	Leber- und Stoffwechselkrankheiten – sowie Störungen des Harnsäurestoffwechsels und Folgen.		Euro
● **3.42**	Allergische Krankheiten und Folgen.		Euro
● **4.2** **oder** ■ **4.3**	Adipositas und Folgen.		Euro
		Monatlicher Gesamtbeitragszuschlag:	0,00 **Euro**

Diese Vereinbarung gilt vorbehaltlich der abschließenden Antragsprüfung. Sie kommt erst mit unserer Annahme zu Stande.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden*

* Bei minderjährigem Antragsteller / Beitretendem zusätzliche Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

DMS 01000

Liste der Dienstleister

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

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags		
Auftraggebende Gesellschaft	**Dienstleister**	**Gegenstand/Zweck der Beauftragung**
Alle o. g. Versicherungsgesellschaften	ERGO Group AG	Verarbeitung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht), In- und Outbound-Telefonie
	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Direkt AG	Bedarfsgerechte Kundenansprache, Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen, IT-Dienstleister
	ERGO Technology & Services Management AG, ITERGO Informationstechnologie GmbH, ERGO Technology & Services S.A. (Polen)	IT-Dienstleister
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Thieme TeleCare GmbH, ERGO Reiseversicherung AG, Euro-Center Holding	Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle, In-/Outbound-Telefonie, Notrufzentrale
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten, Mailings
	Schufa Holding AG	Bonitätsauskünfte
	SINC Novation	Erstellung und Versand der Notruf-Cards
ERGO Versicherung AG	Legal Portfolio Partners GmbH	Vertragsbearbeitung
	Infoscore/Infodata GmbH	Finanz-, Bonitätsauskünfte
	ERGO Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Prüfung einer Leistungspflicht
	KA Köln-Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	LEGIAL AG	Prüfung einer Leistungspflicht
	Rehacare GmbH	Rehabilitationsmanagement, Aktenprüfung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG	ERGO Life S.A.	Verwaltung von Verträgen
	ERGO Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
	ERGO Direkt AG	Antrags- u. Leistungsbearbeitung u. Vertragsverwaltung
	eVorsorge	Portalbetrieb zur Administration zur betriebl. Altersvorsorge
	Xempus AG	Portalbetrieb zur Beratung zur betriebl. Altersvorsorge
	ebase®, 85609 Aschheim HSBC Continental Europe S.A.	Übertragung von Fondsanteilen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Dienstleister, die nur gelegentlich tätig werden		
Auftraggebende Gesellschaft	**Dienstleisterkategorie**	**Gegenstand/Zweck der Beauftragung**
Alle o. g. Versicherungsgesellschaften	Assisteure	Assistanceleistungen
	Auskunfteien	Einholung von Informationen zur Bonität und zum Zahlungsverhalten in bestimmten Fällen (z. B. Kfz, Einmalbeiträge ...)
	Banken/Zahlungsdienstleister	Zahlungen bei Schaden- und Leistungsfällen
	Callcenter	In- und Outbound-Telefonie im Auftrag
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektr. Datenträgern
	Internet-Dienstleister	Durchführung und Auswertung von werblichen Aktionen im Internet
	IT- und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Kooperationspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln
	Kooperationspartner im Reparaturbereich	Bereitstellung von Reparaturdienstleistungen
	Kooperationspartner im Bereich Herstellung und Versand von Kunden-Incentives	Bereitstellung von personalisierten Kundengeschenken
	Lettershops/Druckereien/Adressdienstleister	Aufbereitung von Adressen sowie Druck und Versand von werblichen Postsendungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung und Umfragen
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen, E-Mailing-Aktionen, sms-Aktionen
	Rückversicherer	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersversorgung
	Sachverständige, Gutachter, Belegprüfer	Unterstützung bei der Schadenregulierung
	Div. beratende Ärzte und Zahnärzte	Unterstützung bei der Leistungsregulierung
	Wirtschaftsprüfer	Durchführung von gesetzlich vorgeschriebenen Jahresabschlussprüfungen
	Inkassounternehmen/ Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug und Prozessführung
	Reparatur- und Sanierungsfirmen	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Ermittlung Schadenhöhe, Reparatur, Entsorgung und Sanierung

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG | 50594 Köln | KV | 50065450 | 09.2024 | PMDD2K
Die aktuelle Dienstleisterliste finden Sie auf www.dkv.com im Bereich „Datenschutz“

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln
Tel. 0800 3746444 (gebührenfrei)*
Fax 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)
service@dkv.com, www.dkv.com

*oder aus dem Ausland +49 221 57894018
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Ihr Partner für Versicherungsfragen:

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG | 50594 Köln | VKAK | 500 70 008 | A30A | 07.2025

Deutsche Krankenversicherung