

Antrag auf Krankenvollversicherung / Pflegepflichtversicherung

☐ Neuantrag

☐ Änderungsantrag zu VS-Nr.:



CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

30621 Hannover · Telefon (0511) 5701-1636

1. Antragsteller/in
☐ Herr
☐ Frau

Gleicher VN wie VSNR:

Partner-Nr.

Werbearbeitung

Vorname/Name

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit*

Straße/Haus-Nr.

Beruf / Branche*

Selbstständig*

PLZ

Wohnort/Ortsteil

Telefon beruflich*

Telefon privat*

Fax/E-Mail-Adresse*

Werbung für eigene Produkte

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, über Versicherungsprodukte der Concordia Versicherungen (Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G., Concordia oeco Lebensversicherungs-AG, Concordia Krankenversicherungs-AG) und des Cordial Versorgungsmanagement e.V. per E-Mail und per Telefon informiert zu werden. Zu diesem Zweck dürfen meine/unsere personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

☐ Ja ☐ Nein

Werbung für Produkte von Kooperationspartnern

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, über Bauspar- und Finanzierungsprodukte der Kooperationspartner der Concordia per E-Mail und per Telefon informiert zu werden. Zu diesem Zweck dürfen meine/unsere personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

☐ Ja ☐ Nein

Diese Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per Post an Concordia Versicherungen, Werbewiderruf, 30621 Hannover oder per E-Mail: werbewiderruf@concordia.de widerrufen werden.

(Nähere Informationen zum Thema Werbung und zu den Kooperationspartnern ergeben sich aus den Datenschutzhinweisen.)

* Angaben sind freiwillig

2. Zu versichernde Person (VP)

Ich beantrage den Versicherungsabschluss für die nachfolgend näher genannten Personen, gegebenenfalls als Vertragsänderung.

VP 1

VP 2

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geschlecht

☐ männl. ☐ weibl.

☐ männl. ☐ weibl.

Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) nur bei Vollversicherung

Staatsangehörigkeit*

☐ deutsch

☐

☐ deutsch

☐

Seit wann ständig in Deutschland lebend?

Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)

Berufsstand

☐ Arbeitnehmer

☐ Selbstständig / Freiberufler

seit wann?

☐ sonstige

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Beamtenanwärter

Ende der Ausbildung

☐ Freie Heilfürsorge

Ende der Dienstzeit / Freien Heilfürsorge

Wie hoch ist der Beihilfebemessungssatz der zu versichernden Person?

☐ 50 %

☐ 70 %

☐ 80 %

☐

%

Den Beihilfevorschriften welchen Bundeslandes unterliegen Sie?

☐ Bund

☐ Land

Für Baden-Württemberg und Rheinland Pfalz

Berufliche Tätigkeit

Erhalten Sie stationäre Wahlleistungen (Zweibettzimmer/Privatarzt) durch Ihren Dienstherrn, weil Sie auf einen Teil Ihrer monatlichen Bezüge verzichten? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Arbeitnehmer

☐ Selbstständig / Freiberufler

seit wann?

☐ sonstige

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Beamtenanwärter

Ende der Ausbildung

☐ Freie Heilfürsorge

Ende der Dienstzeit / Freien Heilfürsorge

☐ 50 %

☐ 70 %

☐ 80 %

☐

%

☐ Bund

☐ Land

Erhalten Sie stationäre Wahlleistungen (Zweibettzimmer/Privatarzt) durch Ihren Dienstherrn, weil Sie auf einen Teil Ihrer monatlichen Bezüge verzichten? ☐ Ja ☐ Nein

KV0000060

Prüfung der Versicherungssteuerverpflicht

Ihre Beiträge sind von der Versicherungssteuer befreit, wenn die Versicherung Ihrer eigenen Versorgung bzw. der Versorgung eines (nahen) Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) bzw. des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient. Gehört die zu versichernde Person nicht zu den (nahen) Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes bzw. der Abgabenordnung, bleiben die Beiträge von der Versicherungssteuer befreit, sofern Sie zu Gunsten der jeweiligen zu versichernden Person ein Bezugsrecht bzgl. der Versicherungsleistungen einräumen.

Beschreibung des (Angehörigen-)Status zum/r Antragsteller/in:

1. Zu versichernde Person

- ☐ Kind, Adoptiv- oder Pflegekind
- ☐ Kind, Adoptiv- oder Pflegekind des Ehegatten oder Lebenspartners
- ☐ Enkelkind
- ☐ Ehegatte bzw. Lebenspartner
- ☐ Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- ☐ Verlobte
- ☐ Eltern (Mutter/Vater)
- ☐ Großeltern (Großmutter/Großvater)
- ☐ Schwiegereltern (Schwiegermutter/Schwiegervater)
- ☐ Stiefeltern (Stiefmutter/Stiefvater)
- ☐ Pflegeeltern (Pflegemutter/Pflegevater)
- ☐ Schwiegenerkind (Schwiegertochter/Schwiegersohn)
- ☐ Geschwister (Schwester/Bruder)
- ☐ Kinder der Geschwister (Nichte/Neffe)
- ☐ Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister bzw. Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner (Schwägerin/Schwager)
- ☐ Geschwister der Eltern (Tante/Onkel)

☐ Sonstiger (Angehörigen-)Status:

Gewährung Bezugsrecht (ausschließlich bei Auswahl „Sonstiger (Angehörigen-) Status zu befüllen):

Für Versicherungsleistungen zugunsten von _____ (Vorname Nachname VP 1) gewährt _____ (Vorname Nachname Antragsteller/in) ein widerrufliches Bezugsrecht für _____ (Vorname Nachname VP 1). Demnach gilt ein widerrufliches Bezugsrecht für Versicherungsleistungen zugunsten von _____ (Vorname Nachname VP 1) für _____ (Vorname Nachname VP 1) als vereinbart.

Beschreibung des (Angehörigen-)Status zum/r Antragsteller/in:

2. Zu versichernde Person

- ☐ Kind, Adoptiv- oder Pflegekind
- ☐ Kind, Adoptiv- oder Pflegekind des Ehegatten oder Lebenspartners
- ☐ Enkelkind
- ☐ Ehegatte bzw. Lebenspartner
- ☐ Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- ☐ Verlobte
- ☐ Eltern (Mutter/Vater)
- ☐ Großeltern (Großmutter/Großvater)
- ☐ Schwiegereltern (Schwiegermutter/Schwiegervater)
- ☐ Stiefeltern (Stiefmutter/Stiefvater)
- ☐ Pflegeeltern (Pflegemutter/Pflegevater)
- ☐ Schwiegenerkind (Schwiegertochter/Schwiegersohn)
- ☐ Geschwister (Schwester/Bruder)
- ☐ Kinder der Geschwister (Nichte/Neffe)
- ☐ Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister bzw. Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner (Schwägerin/Schwager)
- ☐ Geschwister der Eltern (Tante/Onkel)

☐ Sonstiger (Angehörigen-)Status:

Gewährung Bezugsrecht (ausschließlich bei Auswahl „Sonstiger (Angehörigen-) Status zu befüllen):

Für Versicherungsleistungen zugunsten von _____ (Vorname Nachname VP 2) gewährt _____ (Vorname Nachname Antragsteller/in) ein widerrufliches Bezugsrecht für _____ (Vorname Nachname VP 2). Demnach gilt ein widerrufliches Bezugsrecht für Versicherungsleistungen zugunsten von _____ (Vorname Nachname VP 2) für _____ (Vorname Nachname VP 2) als vereinbart.

3. Versicherungsbeginn, Versicherungsdauer

Versicherungs-/Änderungsbeginn

Der Vertrag wird in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, in der Krankentagegeldversicherung für ein Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen. Sie endet entsprechend den bedingungsgemäßen Voraussetzungen.

4. Tarife, Gesamtbeitrag

VP 1					VP 2				
Tarif	Tagessatz €	Tarifbeitrag €	Ges. Zuschlag €	Risikozuschlag €	Tarif	Tagessatz €	Tarifbeitrag €	Ges. Zuschlag €	Risikozuschlag €

Gesamtbeitrag: € Die Beitragszahlung erfolgt: ☐ monatlich ☐ halbjährlich (2 % Nachlass) ☐ jährlich (3 % Nachlass)
Diese Nachlässe werden nur gewährt, wenn im Voraus mit Lastschrift bezahlt wird. Der Beitrag wird fällig bei Zustandekommen des Vertrages (zwei Wochen nach Zugang der Police, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn).

5. Wartezeiten

	VP 1		VP 2	
	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
a Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (außer für die Pflegepflichtversicherung) aufgrund einer ärztlichen Untersuchung auf meine Kosten (geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten).				
b Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung aufgrund des Übertritts aus einer gesetzlichen oder auch privaten Krankenversicherung (entsprechend AVB). Den erforderlichen Nachweis reiche ich nach.				

6. Angaben zu weiteren Versicherungen: (bitte Versicherungszeitbestätigung Ihres Vorversicherers beifügen)

Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher GKV bzw. PKV Sie derzeit oder letztmalig krankenversichert sind/waren. Bitte geben Sie auch abgelehnte Anträge und bestehende, beantragte, gekündigte und beendete Verträge der letzten 5 Jahre an. (Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / KHT = Krankenhaustagegeld / KT = Kranken(tage)geld / PT = Pflege(tage)geld)									
VP-Nr.	Versicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	KHT-Höhe in €	KT-Höhe in €	PT-Höhe in €	Wurde in den letzten 5 Jahren ein Antrag/ Vertrag von einer PKV abgelehnt/beendet?	Sind Sie zurzeit im Basistarif versichert?	Versicherungszeitraum von – bis (TT.MM.JJJJ)	
	☐ ☐					☐ ☐	☐ ☐	- -	
	☐ ☐					☐ ☐	☐ ☐	- -	

7. Angaben zu Einkommen und Beruf (bitte Einkommens- bzw. Gehaltsnachweis beifügen):

Selbstständige/Freiberufler					Arbeitnehmer		
VP-Nr.	Art der beruflichen Tätigkeit bzw. des selbstständigen Gewerbes? Seit wann?	Anzahl der Mitarbeiter?	Eintragung ins Handelsregister/Gewerbeanmeldung? Wann?	Ihr Jahresgewinn vor Steuern aus dieser Tätigkeit gemäß aktuellem Steuerbescheid bzw. aktueller Gewinn- und Verlustrechnung?	Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	
				€	€	€	
				€	€	€	

8. Erklärungen über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en)

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:
Bitte lesen Sie vor der Beantwortung der folgenden Gesundheitsfragen die auf der Seite 8 dieses Antragsformulars befindliche Belehrung nach § 19 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes. Beantworten Sie bitte alle Fragen ausführlich. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich betrachten. Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden Gesundheitsfragen können uns – in Abhängigkeit der Schwere Ihres Verschuldens – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Reicht der Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag und unterschreiben Sie dieses. Möchten Sie Angaben gegenüber dem Vermittler nicht machen, benachrichtigen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich (innerhalb einer Woche) schriftlich unsere Gesellschaft. Bitte beachten Sie unbedingt die aufgeführten Hinweise zur Schweigepflichtentbindung.

Besonderer Hinweis zur Verwendung von Gentests:
Da wir Ergebnisse sowie Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen weder entgegennehmen noch verwenden dürfen, brauchen Sie die Ergebnisse solcher prädiktiven Gentests bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben. Falls Ihnen Informationen über Erkrankungen vorliegen – auch solche, die auf diagnostischen genetischen Untersuchungen beruhen – dann sind Sie verpflichtet, diese anzugeben. Eine Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests haben wir für Sie in den „Wichtigen Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtigen Hinweisen“ auf der Seite 9 dieses Antragsformulars aufgenommen.

Wurde eine Anlage verwendet? ☐ ja, bestehend aus insgesamt Seiten (bitte durchnummerieren und jede einzelne Seite unterschreiben)

	VP 1	VP 2
8.1 Bestehen derzeit oder bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Krankheiten, Beschwerden, Verletzungen, Allergien, Unfallfolgen, Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Prothesen (z. B. künstliche Gelenke), Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionseinschränkungen (z. B. Amputationen, Lähmungen, Hörminderung), Anomalien, eingeschränkte Fertilität oder Sterilität – auch wenn Sie diesbezüglich nicht behandelt wurden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.2 Besteht derzeit oder bestand eine anerkannte Behinderung, Berufskrankheit, Erwerbsminderung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Pflegebedürftigkeit oder wurde eine solche beantragt? Bitte Versorgungs-/Anerkennungsbescheid beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.3 Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, z. B. Blutzuckerkontrolle sowie Nachsorgeuntersuchungen, z. B. Tumornachsorge) oder Operationen bei Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Physio- oder Ergotherapeuten, Osteopathen oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.4 Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre ambulant von Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Physio- oder Ergotherapeuten, Osteopathen oder anderen Therapeuten beraten, untersucht, behandelt oder operiert? Hierzu zählen auch Vorsorgeuntersuchungen sowie Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U-Untersuchungen bzw. J-Untersuchungen). Bitte teilen Sie uns das jeweilige Ergebnis der durchgeführten Untersuchungen mit.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre regelmäßig oder wiederholt Medikamente (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.6 Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre stationär in einem Krankenhaus beobachtet, beraten, untersucht, behandelt oder operiert bzw. fanden Aufenthalte in einem Sanatorium oder einer Reha- oder Kurklinik statt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.7 Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre psychiatrische, psychoanalytische, psychosomatische oder psychotherapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) durchgeführt bzw. sind solche angeraten, beabsichtigt oder geplant?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.8 Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit, sonstigen Suchterkrankungen (z. B. Spielsucht) bzw. Essstörungen beraten, untersucht oder behandelt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.9 Wurde jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8.10 Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
8.11 Tragen Sie eine Sehhilfe oder ist eine solche angeraten?	☐ ja ☐ nein Anzahl Dioptrien rechts _____ Anzahl Dioptrien links _____	☐ ja ☐ nein Anzahl Dioptrien rechts _____ Anzahl Dioptrien links _____

8.12 Die Fragen "a - c" sind für die Tarife BV(A), BVE, BVZ, ZV1 und ZV2 zu beantworten

Berechnung der Risikozuschläge aufgrund des Zahnstatus:
Personen mit mehr als 4 fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss) sind nicht versicherbar. Für jeden fehlenden, nicht ersetzten Naturzahn (außer Weisheitszähnen) gilt in den Tarifen ZV1 sowie BV35(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 2,00 €, in den Tarifen ZV2, BV10(A) sowie BV15(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 1,00 €, in den Tarifen BV20(A), BV25(A) sowie BV30(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 1,50 €, in den Tarifen BV40(A) sowie BV45(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 2,50 € und im Tarif BV50 ein Risikozuschlag in Höhe von 3,00 € als vereinbart. Für jeden ersetzten bzw. überkronten Naturzahn gilt ab dem 4. Zahn in den Tarifen ZV1 sowie BV35(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 2,00 €, in den Tarifen ZV2, BV10(A) sowie BV15(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 1,00 €, in den Tarifen BV20(A), BV25(A) sowie BV30(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 1,50 €, in den Tarifen BV40(A) sowie BV45(A) ein Risikozuschlag in Höhe von 2,50 € und im Tarif BV50 ein Risikozuschlag in Höhe von 3,00 € als vereinbart. Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne. Ab einem errechneten Risikozuschlag in Höhe von 20,00 € erfolgt in den Tarifen ZV1, ZV2, BV10(A), BV15(A), BV20(A), BV25(A), BV30(A), BV35(A), BV40(A), BV45(A) sowie BV50 die Entscheidung durch den Fachbereich. Bitte legen Sie hierzu einen aktuellen Zahnstatus vor.

	VP 1	VP 2
a Bestehen derzeit Beschwerden im Zahnbereich? Finden derzeit Maßnahmen für Zahnersatz (z.B. Implantatversorgungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Inlays, Onlays) statt oder sind solche notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
b Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss)?	☐ Keine Anzahl: _____	☐ Keine Anzahl: _____
c Anzahl der fehlenden, ersetzten bzw. überkronten Naturzähne (Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne)?	☐ Keine Anzahl: _____	☐ Keine Anzahl: _____

8.13 Die Fragen "a – b" sind für die Tarife BV(A), BVE, BVZ, ZV1 und ZV2 zu beantworten

	VP 1	VP 2
a Findet derzeit ein Austausch von Füllungen, eine Wurzelbehandlung bzw. chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion) statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
b Wird oder wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis, Parodontose), des Zahnfleisches, des Kiefergelenks, Zahn- oder Kieferanomalien festgestellt und/oder behandelt? Finden oder fanden innerhalb der letzten 3 Jahre kieferorthopädische Behandlungen oder die Versorgung mit Aufbissbehelfen bzw. Zahnschienen statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

		VP 1	VP 2																																																					
9. Die Fragen 9.1 – 9.3 sind für die Tarife Pflege PLUS, PG, PG1, PG2, PG3 und PG4 zu beantworten	9.1 Sind Sie werdendes Elternteil oder beabsichtigen Sie eine Adoption?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																																					
	9.2 Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Leistungen aus einer Pflegeversicherung, Blindengeld oder Rente wegen Unfall, Berufs- oder Dienstunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhalten, haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (MdE, GdB) von mindestens 50% oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt bzw. ist dies beabsichtigt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																																					
	9.3 Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen/ Diagnosen: (Falls aufgrund der aufgeführten Erkrankungen/Diagnosen innerhalb des Fragezeitraums Behandlungen (z.B. Untersuchungen, Medikationen) stattgefunden haben, ist diese Fragestellung ebenfalls mit „Ja“ zu beantworten.) Aids, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, Alzheimer, Amputation, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Angina pectoris, Angststörung, Arterienverkalkung, Arthrose an der Wirbelsäule, am Hüftgelenk, Schultergelenk bzw. Kniegelenk, Asperger-Syndrom, Autismus, Blindheit, Chorea Huntington, chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, COPD, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Depression, Diabetes mellitus, Dialysebehandlung, Epilepsie, Fibromyalgie, Gedächtnisstörung, Geistige Behinderung, Glasknochenkrankheit, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzschwäche, Hirnblutung, Hirnleistungsstörung, Hirnschädigung, Hirntumor, HIV-Infektion, Kollagenosen, Koronare Herzkrankheit, Körperliche bzw. geistige Entwicklungsverzögerung, Lähmungen bzw. Schwäche von Gliedmaßen, Leberzirrhose, Leukämie, Lymphome, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Marmorknochenkrankheit, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, Muskelatrophie/-dystrophie, Myasthenie, Myopathie, Nierenerkrankungen (außer Nierensteine und Nierenbeckenentzündungen), Osteoporose, Parkinson, Polyarthritis, Polyneuropathie, Rheumatische Erkrankungen, Sarkoidose, Schizophrenie, Schlaganfall, Tumor-/Krebserkrankung, Wachkoma, Zwangsstörung?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																																					
10. Weitere Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 8.1- 9.3:	<table><thead><tr><th>VP-Nr.</th><th>Zu Frage</th><th>Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?</th><th>Behandelt von / bis (TT.MM.JJJJ)</th><th>Operiert?</th><th>Ausgeheilt?</th><th>Arbeitsunfähig von / bis (TT.MM.JJJJ)</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>–</td><td>☐ ja</td><td>☐ ja</td><td>–</td></tr></tbody></table>	VP-Nr.	Zu Frage	Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandelt von / bis (TT.MM.JJJJ)	Operiert?	Ausgeheilt?	Arbeitsunfähig von / bis (TT.MM.JJJJ)				–	☐ ja	☐ ja	–				–	☐ ja	☐ ja	–				–	☐ ja	☐ ja	–				–	☐ ja	☐ ja	–				–	☐ ja	☐ ja	–				–	☐ ja	☐ ja	–						
VP-Nr.	Zu Frage	Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandelt von / bis (TT.MM.JJJJ)	Operiert?	Ausgeheilt?	Arbeitsunfähig von / bis (TT.MM.JJJJ)																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
			–	☐ ja	☐ ja	–																																																		
11.	Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Adresse Ihres Hausarztes an. VP 1: VP 2: Welcher Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde ist über Ihren Zahnstatus am besten informiert? (Bitte vollständig mit Name und Adresse angeben): VP 1: VP 2:																																																							
12. Bei Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)	Seit dem 01.01.1995 müssen alle krankenversicherten Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegepflichtversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung dieses Sachverhaltes an das Bundesversicherungsamt verpflichtet. Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher GKV bzw. PKV für Sie derzeit Ihre Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht oder letztmalig bestand. Bitte geben Sie auch abgelehnte Anträge und bestehende, beantragte, gekündigte und beendete Verträge der letzten 5 Jahre an. <table><thead><tr><th>VP-Nr.</th><th>Ver-sicherung GKV PKV</th><th>Name GKV / PKV</th><th>Zeitraum (TT/MM/JJJJ) von</th><th>bis</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>☐ ☐</td><td></td><td> </td><td> </td></tr><tr><td></td><td>☐ ☐</td><td></td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> Wann haben Sie sich erstmalig in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? (Bitte geben Sie den Zeitpunkt an, seit dem Sie lückenlos in der privaten Pflegepflichtversicherung – ggf. auch bei verschiedenen privaten Krankenversicherungsunternehmen – pflegepflichtversichert sind.) <table><thead><tr><th>VP 1</th><th>VP 2</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> Für die Prüfung einer Beitragsbegrenzung auch für Ehe-/Lebenspartner(in), die Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten und/oder die Beitragsermäßigung nach dem Studententarif füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (KV 1a) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei. <table><thead><tr><th>VP 1</th><th>VP 2</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ ja ☐ nein</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr></tbody></table>						VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	Zeitraum (TT/MM/JJJJ) von	bis		☐ ☐					☐ ☐				VP 1	VP 2			VP 1	VP 2	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																											
VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	Zeitraum (TT/MM/JJJJ) von	bis																																																				
	☐ ☐																																																							
	☐ ☐																																																							
VP 1	VP 2																																																							
VP 1	VP 2																																																							
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																																							
13. Übertragungswertbescheinigung	Wenn Sie von einer privaten Kranken- bzw. Pflegepflichtversicherung zu uns wechseln, benötigen wir zur exakten Beitragseinstufung eine Übertragungswertbescheinigung Ihres letzten PKV-Unternehmens. Eine Übertragungswertbescheinigung werde ich diesem Antrag nachreichen.				<table><thead><tr><th>VP 1</th><th>VP 2</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ ja ☐ nein</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr></tbody></table>	VP 1	VP 2	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																															
VP 1	VP 2																																																							
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																																																							
14. Lastschriftverfahren Rechnungen werden nicht versandt	Mit dem beiliegenden Formular "SEPA-Lastschriftmandat" können Sie das bequeme und kostengünstige Lastschrifteinzugsverfahren vereinbaren.																																																							

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

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

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

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.concordia.de/datenschutz eingesehen oder bei dem **Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@concordia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Concordia Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Concordia Versicherungen 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 Concordia Krankenversicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Concordia Krankenversicherungs-AG 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 Concordia Krankenversicherungs-AG 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 Concordia Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Concordia Krankenversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 Concordia Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen 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 Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungs-schutz beantragen. Die Concordia Krankenversicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Concordia Krankenversicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Ort / Datum

X

Antragsteller/in / Versicherungsnehmer/in

X

zu versichernde Person
(falls abweichend von Versicherungsnehmer/in)

X

Gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen
Einsichtsfähigkeit frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Gesetzliche Vertretung

X

Ich bestätige hiermit, die folgenden Unterlagen rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages erhalten zu haben:

- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten;
- die Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die in der Kundeninformation genannten Vertragsbestimmungen zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Abs. 1 Ziffer 6 VAG (nur für Krankheitskostenvollversicherung)
- die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung;
- die Informationen zum Datenschutz;
- die Liste der Dienstleister.

Ort, Datum



Unterschrift Antragsteller/in zur Empfangsbestätigung



Widerrufsbelehrung

Hinweis zur Widerrufsbelehrung

In der nachstehenden Widerrufsbelehrung verwenden wir den Begriff „Beitrag“ synonym zu dem im Versicherungsvertragsgesetz und in der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen verwendeten Begriff „Prämie“.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen,
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugeworfen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, E-Mail: kv@concordia.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind im Versicherungsantrag unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil des Jahresbeitrags unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil des Jahresbeitrags unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Beitragsminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

KV0000060

Erklärung	Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. (Bitte streichen, sofern nicht gewünscht)		
Einwilligungs- erklärung	Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-AG den Finanzbehörden aufgrund dieser Einwilligung neben den gesetzlich gemäß § 10 Abs. 2b EStG zu übermittelnden personenbezogenen Daten auch die über Basiskranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge hinausgehenden Beitragsanteile sowie die Höhe der Beiträge etwaig bestehender Zusatzversicherungen sowie den Gesamtbeitrag übermittelt. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse widerrufen werden.		
Unterschriften	Bitte beachten Sie: Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden und die auf der Rückseite befindlichen Erklärungen und Hinweise, insbesondere die Einwilligungserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht, die Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie die Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests. Alle Punkte sind wichtige Bestandteile des Vertrages. Ort, Datum X Unterschrift Antragsteller/in X Unterschrift Vermittler/in X Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen X zu versichernde Person/en ab 16 Jahren X Mit meiner Unterschrift als Vermittler bestätige ich, dass mir gegenüber - insbesondere zu den Gesundheitsverhältnissen - keine weiteren Angaben als vorstehend gemacht wurden und dass die nebenstehenden Unterschriften in meiner Gegenwart geleistet wurden.		

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Concordia Krankenversicherungs-AG, 30621 Hannover schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtige Hinweise

Vorversicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzuverlässig. Vor der schriftlichen Annahmeerklärung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins empfehlen wir, Ihre bisherige Versicherung nicht vorzeitig zu kündigen.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass ein Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand der Concordia Krankenversicherungs-AG schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder mir der Versicherungsschein zugegangen und die Widerrufsfrist abgelaufen ist. **Die Annahmefrist für den Versicherer beträgt 6 Wochen.** Wird der Antrag innerhalb dieser Frist nicht angenommen, ist kein Vertrag zustande gekommen. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn die Concordia Krankenversicherungs-AG sie schriftlich bestätigt.

Bei der Krankheitskosten-, der Krankentagegeld-, Pflege tagegeld- und der Pflegepflichtversicherung handelt es sich jeweils um rechtlich selbstständige Verträge.

Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem technischen Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden während der Vertragsdauer bei einer Beitragsänderung entsprechend angepasst.

Steuervorteile für PKV-Beiträge

Neuregelungen im Einkommensteuergesetz durch das Bürgerentlastungsgesetz

Ab dem 01.01.2010 können Sie Ihre Beiträge zur privaten Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung steuerlich erheblich besser absetzen als bisher, ganz gleich ob Sie Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Freiberufler, Rentner oder Pensionär sind.

Bisher konnten Sie diese Beiträge nur sehr eingeschränkt steuerlich geltend machen: Zusammen mit anderen Versicherungsbeiträgen waren diese im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen für Nichtselbstständige mit Arbeitgeberzuschuss bzw. Beihilfanspruch nur bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 € (Verheiratete: 3.000 €) und für Selbstständige bis 2.400 € (Verheiratete: 4.800 €) abzugsfähig.

Diese Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen werden nun auf 1.900 € (Verheiratete: 3.800 €) bzw. 2.800 € (Verheiratete: 5.600 €) erhöht.

Aber die wichtigere Neuregelung mit den stärkeren steuerlichen Auswirkungen lautet für Sie: Die Beiträge einer Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung, die Sie für sich selbst und für unterhaltsberechtigzte Angehörige (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner und Kinder, soweit ein Kindergeldanspruch oder Kinderfreibetrag besteht) bezahlen, sind steuerlich abzugsfähig, auch wenn sie über den Höchstbeträgen für sonstige Vorsorgeaufwendungen liegen.

Wichtige Einschränkung: Die Höhe der steuerlichen Abzugsfähigkeit ist zwar nicht mehr eingeschränkt, sie gilt aber für die Beiträge, die dem gesetzlich festgelegten existenznotwendigen und sozialhilfegleichen Versorgungsniveau eines Basiskrankenversicherungsschutzes entsprechen. Die Beiträge zur Pflegepflichtversicherung sind aber immer uneingeschränkt in voller Höhe abzugsfähig.

Welcher Beitrag in jedem einzelnen unserer Tarife dem Niveau eines Basiskrankenversicherungsschutzes entspricht, wird von uns anhand brancheneinheitlicher prozentualer Beitragsabschläge ermittelt, die der Gesetzgeber in der „Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung“ (KVBEVO) für alle PKV-Unternehmen verbindlich festgelegt hat.

Beiträge für einen darüber hinaus gehenden höheren Krankenversicherungsschutz, auch wenn dieser notwendig und in der Regel PKV-Standard ist, werden hierbei nicht berücksichtigt. Hierzu gehören beispielsweise Beiträge für Zusatzleistungen im Krankenhaus, wie Chefarztbehandlung, Einbettzimmer oder ein Krankenhaustagegeld, aber auch Heilpraktikerbehandlung, hochwertiger moderner Zahnersatz, ergänzende Pflege tagegeldversicherungen oder eine Krankentagegeldabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit.

Wenn Sie aber mit Ihren Beiträge für den Basiskrankenversicherungsschutz und der Pflegepflichtversicherung die neuen Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen noch nicht ausgeschöpft haben, können Sie in Höhe des Differenzbetrages sowohl die (noch) nicht berücksichtigten Beiträge für den höheren Krankenversicherungsschutz als auch weitere sonstige Vorsorgeaufwendungen, wie z. B. Beiträge zu Haftpflicht-, Unfall-, Arbeitslosen-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, steuerlich geltend machen.

Arbeitgeberzuschuss

Der Arbeitgeberzuschuss bleibt/ist steuerfrei. Er wird in voller Höhe auf den steuerlich abzugsfähigen Beitrag des Arbeitnehmers angerechnet und vermindert diesen dadurch entsprechend. Das bisherige Verfahren zur Erlangung (Vorlage der Beitragsbescheinigungen beim Arbeitgeber) und zur Ermittlung der Höhe des Arbeitgeberzuschusses ändert sich aber nicht.

Angaben zum Einkommen

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender oder beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Dabei können Beitragsaufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die gesetzliche Rentenversicherung mit berücksichtigt werden.

Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests

Prädiktive genetische Untersuchungen haben das Ziel, die persönliche Disposition für eine möglicherweise zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären (Gentests ohne irgendwelche Symptome von Krankheiten). Ergebnisse sowie Informationen aus prädiktiven genetischen Untersuchungen müssen Sie bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben.

Diagnostische genetische Untersuchungen haben das Ziel, die Ursachen bereits beobachteter Krankheitssymptome oder vorhandener gesundheitlicher Störungen abzuklären. Ergebnisse sowie Informationen aus solchen diagnostischen genetischen Untersuchungen müssen Sie im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht angeben.

Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Eine Beitragsrückerstattung vermindert zwar den steuerlich abzugsfähigen Beitrag. Sie wird aber nicht mit ihrer tatsächlichen Höhe, sondern wiederum nur anteilig in Höhe des steuerlich abzugsfähigen Beitrages (für einen Basiskrankenversicherungsschutz) angerechnet, der in der Regel niedriger ist als der zurückerstattete vollständige Tarifbeitrag.

Gesetzlicher Altersentlastungszuschlag

Der gesetzliche Altersentlastungszuschlag fließt anteilmäßig in die steuerliche Abzugsfähigkeit mit ein, soweit der auf Beiträgen für den Basiskrankenversicherungsschutz beruht.

Krankentagegeld

Einer Krankentagegeldversicherung zur Absicherung des Einkommensausfalls bei Arbeitsunfähigkeit kommt im Leistungsfall zwar eine existenzsichernde Bedeutung zu, ihre Beiträge sind aber im Rahmen des Basiskrankenversicherungsschutzes nicht abzugsfähig.

Lohnsteuerabzugsverfahren

Ihr Arbeitgeber bzw. Dienstherr berücksichtigt beim Lohnsteuerabzugsverfahren bereits im Januar 2010 die höheren abzugsfähigen Beiträge für den Basiskrankenversicherungsschutz und die Pflegepflichtversicherung. Übrigens: Das Finanzamt berücksichtigt die Neuregelungen auch für Selbstständige bei der Festsetzung von Einkommensteuer-Vorauszahlungen für 2010.

Risikozuschläge

Sofern die Gesundheitsverhältnisse einen Risikozuschlag erfordern, wird dieser bei den ermittelten Beiträgen für den Basiskrankenversicherungsschutz anteilmäßig und für die Pflegepflichtversicherung voll bei der steuerlichen Abzugsfähigkeit berücksichtigt.

Steuer-ID (nicht Steuernummer)

Die tatsächlich von Ihnen bezahlten Beiträge des vorangegangenen Kalenderjahres müssen wir zukünftig elektronisch an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermitteln, die diese Informationen in der „ELSTAM“-Datenbank verwaltet. Auf diese können dann Finanzämter und Arbeitgeber zum Zwecke des Datenabgleichs zugreifen, wenn Sie hierfür bei der zuständigen Finanzbehörde einen entsprechenden Antrag gestellt haben (dieses Antragsverfahren wird von Seiten der Finanzbehörden noch festgelegt). Eindeutiges Zuordnungskriterium für jeden Steuerpflichtigen ist hierbei die persönliche Steuer-ID. Nehmen Sie nicht an diesem Meldeverfahren teil, sieht das Gesetz eine Verringerung der steuerlichen Anrechnung vor. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung aber jederzeit schriftlich widerrufen.

Steuerliches Zufluss-/Abfluss-Prinzip

Es sind grundsätzlich nur die tatsächlich gezahlten Beiträge steuerlich abzugsfähig. Zurück erstattete Beiträge (z. B. Beitragsrückerstattung oder ein Arbeitgeberzuschuss) und Rückbuchungen vermindern den steuerlich abzugsfähigen Beitrag. Beitragszahlungen/-rückzahlungen werden immer nur in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem sie auch „geflossen“ sind.

Abschließender Hinweis

Diese Information haben wir für Sie nach bestem Wissen und unter unserem aktuellen Kenntnisstand zusammengestellt. Wir können keine Gewähr für die abschließende Richtigkeit, zukünftige Änderungen und etwaige Rechtsansprüche übernehmen. Für weitere Fragen und eine exakte Berechnung Ihrer steuerlichen Entlastung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/-in



Versicherungsschein-Nummer

oder

☐

beiliegendem Versicherungs-Antrag

☐

und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern

An

Concordia Versicherungen

30621 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers):

DE05CON00000154303

Mandatsreferenz:

wird vom Versicherer vergeben

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Annahme des SEPA-Lastschriftmandats. Die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. ist berechtigt, die Ausführung abzulehnen bzw. einzustellen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/teilen wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. mit.

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Name und Anschrift Kontoinhaber/-in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in):

☐

Herr

Vorname

Name

☐

Frau

☐

Firma

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Wohnort/Ortsteil

Land

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in

Aufsichtsratsvorsitzender: Jörn Dwehus – Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf, Vorsitzender;
Johannes Gräle, Dirk Gronert, Julia Palte

Sitz der Gesellschaft: Hannover – Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit – Registergericht: Amtsgericht Hannover HRB 3461 – USt.-Id.-Nr.: DE 115658106
Besuchsanschrift: Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover – Internet: www.concordia.de

Bankkonto: Nord/LB Hannover IBAN: DE30 2505 0000 0101 4126 66, BIC: NOLADE2HXXX

ZI 88888888

ZI-666-2025-01