

ANTRAG AUF ABSCHLUSS ODER ÄNDERUNG EINER KRANKENVERSICHERUNG / PFLEGEPFlichtVERSICHERUNG

GENERALI

A Zu versichernde Personen (Fortsetzung)

Ich beantrage für die nachstehenden Personen den Abschluss bzw. die Änderung eines Krankenversicherungsvertrages. Es gelten die angegebenen Tarife.

Person 3 (Kinder/Jugendliche)

Name und Vornamen (lt. Personalausweis), Titel der zu versichernden Person		M	W	Geburtsdatum						Mehrlingsgeburt ¹ ☐ nein ☐ ja	
Geburtsname (lt. Personalausweis) ¹		Geburtsort (lt. Personalausweis) ¹									
Staatsangehörigkeit (lt. Personalausweis)		in Deutschland seit		Geburtsland ¹						Steueridentifikationsnummer ¹	

¹Diese Angaben brauchen wir in der Krankheitskostenvoll- oder Beihilfeergänzungsversicherung.

Die zu versichernden Personen sind meine nahen Angehörigen nach § 7 des Pflegezeitgesetzes oder meine Angehörigen nach § 15 der Abgabenordnung. Dazu zählen zum Beispiel Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner in eheähnlicher Gemeinschaft, Verlobte, eigene Kinder und Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Pflegekinder, Enkelkinder, Nichten und Neffen.

Folgende Personen sind **keine** nahen Angehörigen in diesem Sinne: ☐ Person 1 ☐ Person 2 ☐ Person 3

Ist die zu versichernde Person kein naher Angehöriger des Versicherungsnehmers? Sind auch die sonstigen Ausnahmen von der Besteuerung gemäß § 4 Versicherungsteuergesetz nicht erfüllt? Dann können wir Ihnen in dieser Vertragskonstellation für die Person leider keinen Versicherungsschutz anbieten. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

B	Tarife
---	--------

[illegible]

C Pflegepflichtversicherung

	Person 1	Person 2	Person 3
1. Möchten Sie Kinder beitragsfrei mitversichern oder den Höchstbeitrag für Ehe- / eingetragene Lebenspartner beantragen? Dann brauchen wir folgende Information: Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* der zu versichernden Person die Grenze von 535,00 EUR in 2025 oder beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung mehr als 556,00 EUR in 2025?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2. Sie möchten eine Beitragsermäßigung für Ehe- / eingetragene Lebenspartner beantragen die nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt sind? Dann brauchen wir folgende Informationen: Name des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners die in Frage 1 genannten Höchstgrenzen?	Versicherungsunternehmen seit ☐ nein ☐ ja		

*Das Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte nach dem Einkommenssteuerrecht. Das sind zum Beispiel Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Mieteinnahmen oder Kapitalerträge. Die Grenze für die Familienversicherung beträgt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV). Bei geringfügiger Beschäftigung ist sie nach § 8 Abs. 1 SGB IV festgelegt.

F



B4.10	Wirbelsäule, Sehnen, Bänder, Muskeln, Knochen oder Gelenke (z.B. Rücken-, Bandscheiben- oder Knieerkrankungen, Arthrose, Rheuma, Verspannungen)
B4.11	Haut oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Schuppenflechte, Ekzeme, Neurodermitis)
B4.12	Augen oder Ohren (z.B. grauer oder grüner Star, Tinnitus, Laserbehandlung)
B4.13	Infektionen (z.B. akute oder chronische Hepatitis, Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankungen, Infektion nach Zeckenbiss, Covid-19)
B4.14	Vergiftungen oder Suchterkrankungen (z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum)
B5	Wurden Ihnen in den letzten 2 Jahren von Ärzten oder Heilpraktikern Medikamente verordnet?
B6	Haben in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante) oder stationäre Aufenthalte (z.B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden?
B7	Sind ambulante oder stationäre Behandlungen , Beratungen oder Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen) notwendig oder angeraten ?
B8	Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, bitte Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Antragstellung angeben
C1	Bestehen geistige oder körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Amputationen, Lähmungen, Schwerhörigkeit, Sehschwäche)? (Bitte Diagnose und Grad der Behinderung angeben)
C2	Besteht Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt (Bitte %-Satz angeben und Bescheid beifügen)?



C3 Wird eine **Sehhilfe** (Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten?



D1 Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?

Wenn ja: im Oberkiefer?

Wenn ja: im Unterkiefer?

Bei Beantwortung dieser Frage mit „Ja“ wird Folgendes vereinbart:

☐ Ich bin damit einverstanden, dass für Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung kein Versicherungsschutz für den angekreuzten Kiefer besteht.

D2 Bei wie vielen Zähnen wurde in den letzten zwei Jahren eine Zahnwurzelbehandlung durchgeführt?

Beitragszuschläge können Sie der Tariftabelle entnehmen. Ab vier wurzelbehandelten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

D3 Wurde in den letzten drei Jahren eine Parodontose oder Parodontitis festgestellt oder behandelt?
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantworten, können wir Ihnen leider keinen
 Versicherungsschutz anbieten.

D4 Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Zahnersatzmaßnahme statt, oder ist eine solche notwendig oder angeraten? Sofern ein Heil- und Kostenplan vorliegt, fügen Sie bitte diesem Antrag eine Kopie bei.

Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

D5 Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne sowie Lückenschluss)?

Beitragszuschläge können Sie der Tariftabelle entnehmen. Ab vier fehlenden und nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

[illegible]

G

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, bitte weitere Angaben auf einem Beiblatt machen. Beiblatt: ☐ Nein ☐ Ja

[illegible]

H Angaben zu anderen Versicherungen

Bitte geben Sie hier Ihre Versicherungen an.

Besteht, bestand oder wurde eine der folgenden Versicherungsarten für eine der zu versichernden Personen beantragt?

☐ Ja **A** Gesetzliche Krankenversicherung · **B** Private Krankenversicherung · **C** Pflegepflichtversicherung ☐ Nein

Bitte füllen Sie die entsprechenden Spalten zu dem von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz aus.

Person	Art	Voll-KV und Pflegepflichtversicherung		Zusatz-KV Besteht eine deutsche GKV oder ein gleichartiger Versicherungsschutz z. B. freie Heilfürsorge?	KHT Höhe	KT	
		Kasse/Gesellschaft der letzten 3 Jahre	von			Höhe	Karenzzeit
	A - C		bis	☐ Ja ☐ Nein	€	€	Tage
				☐ Ja ☐ Nein	€	€	Tage
				☐ Ja ☐ Nein	€	€	Tage
				☐ Ja ☐ Nein	€	€	Tage
				☐ Ja ☐ Nein	€	€	Tage

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Wurde in den letzten 3 Jahren durch einen Krankenversicherer ein Antrag abgelehnt oder ein Vertrag gekündigt? ☐ Nein ☐ Ja

Person	Gesellschaft	Wenn Generali, bitte Vers.-Nr. angeben
Person	Gesellschaft	Wenn Generali, bitte Vers.-Nr. angeben

I Einwilligungen und Erklärungen zur Datenerhebung und Datennutzung

Hinweis: In den nachfolgenden Erklärungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Abkürzung „Versicherer“ verwendet. Gemeint ist damit die Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

1. Bonität/Scoring

In der Krankheitskostenvollversicherung ist eine Bonitätsprüfung erforderlich. Diese beinhaltet Informationen zum Zahlungsverhalten und ein Scoringverfahren. Das Scoring basiert auf mathematisch-statistischen Verfahren. Beides führt der Versicherer für den Antragsteller und alle volljährigen zu versichernden Personen durch. Das gilt auch für Zusatzversicherungen, wenn die Umstellungsoption in eine Krankheitskostenvollversicherung („Gesundheitsgarantie“) ausgeübt wird. Verweigern Sie die Einwilligung ganz oder teilweise, kann das dazu führen, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt. Es ist auch möglich, dass Sie die Umstellungsoption in eine Krankheitskostenvollversicherung nicht ausüben können.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherer Informationen zu meiner Bonität für die Prüfung des Antrages einholt. Die Informationen erhält er von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und von der SCHUFA AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Dazu übermittelt der Versicherer Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse. Ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherer für die Zukunft widerrufen. Informationen zu diesen Dienstleistern finde ich in der „Kundeninformation“.

2. Einwilligung in die Datenübermittlung für den Zulageantrag

Die staatliche Pflegevorsorgezulage und die Zulagenummer kann nur der Versicherer beantragen. Dazu muss er personenbezogene Daten an die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (ZfP) übermitteln. Das sind zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Anschrift, Rentenversicherungs- oder Zulagenummer. Außerdem erhält die ZfP die Erklärungen über die Voraussetzungen der Zulagefähigkeit der zu versichernden Person.

Ich bin einverstanden, dass der Versicherer die notwendigen personenbezogenen Daten an die ZfP übermittelt. Die Zustimmung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Durchführung des Versicherungsvertrages dann in der Regel nicht möglich sein wird.

3. 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, benötigt der Versicherer daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder sonstige nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister etc. weiterzuleiten.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221 1636-0, gesundheit@generali.com oder www.generali.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs beim Versicherer durchgeführt wurden.

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

- durch den Versicherer selbst (unter 3.1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 3.2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.4.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.5.).

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.

3.1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

3.2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3.3. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

3.4. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.4.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer 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 der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Posteingangsbearbeitung und die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, ganz oder teilweise nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeit gültige Liste finden Sie in der „Kundeninformation“, die Ihnen vor Abgabe Ihres Antrags in Textform mitgeteilt wird. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.generali.de/dsgvo/ eingesehen oder telefonisch beim Versicherer unter 0221 1636-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Mitarbeiter der Generali Deutschland Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer 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 der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

4. Datenweitergabe für die Krankenversichertennummer und Rentenversicherungsnummer bei einer Krankheitskostenvoll- oder Beihilfeergänzungsversicherung

Durch die Telematikinfrastruktur (TI) werden die Beteiligten im Gesundheitswesen digital miteinander vernetzt. Registrierte Nutzer wie z. B. Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken können so schnell und sicher Informationen austauschen. Die TI bietet Ihnen und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept. Welche Anwendungen angeboten werden, entscheidet der Versicherer. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Sie allein haben die Hoheit über die Daten.

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität ist Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Hierfür benötigt der Versicherer Ihre individuell einmalige Krankenversichertennummer (KVNR). Auch für die Meldung von Implantaten wird diese künftig benötigt, z. B. bei Brustimplantaten, Herzklappen oder Hüftprothesen. Dabei ist es egal, ob das Implantat eingesetzt, gewechselt oder entfernt wird.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt der Versicherer diese für Sie erstellen. Die KVNR wird durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V vergeben. Dies erfolgt auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR). Nähere Informationen finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/>. Sie verfügen bereits über eine KVNR? Dann muss der Versicherer diese zur Vermeidung von Doppelvergaben abgleichen lassen. Für die Vergabe der KVNR bzw. deren Abgleich muss der Versicherer der Vertrauensstelle KVNR das Bestehen der Versicherung mitteilen und die RVNR übermitteln.

Sie kennen Ihre RVNR nicht? Dann lässt der Versicherer diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. ruft diese dort ab. Dafür muss der Versicherer der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen der Versicherung mitteilen und folgende personenbezogene Daten übermitteln: Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt und ggf. Rentenversicherungsnummer.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist. Hierfür entbinde ich die für den Versicherer sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist. Die für den Versicherer sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Die Einwilligungen/Schweigepflichtenbindungen sind freiwillig. Ich kann sie ganz oder teilweise nicht abgeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dafür ist eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer erforderlich. Den Widerruf muss ich nicht begründen. Mir ist bekannt, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI dann nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können. Wenn ich im Falle einer ungeplanten oder zeitkritischen Implantation noch nicht über eine KVNR verfüge, kann dies zu Verzögerungen führen.

J Information zur Verwendung Ihrer Daten

Vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages müssen wir das zu versichernde Risiko einschätzen. Dazu benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Besonders im Leistungsfall sind diese wichtig. Die Generali Deutschland Krankenversicherung AG ist den sogenannten „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ beigetreten. Weitere Informationen zu den Verhaltensregeln finden Sie in den „Kundeninformationen“ unter „Hinweise zum Schutz Ihrer Daten“. Dort sind auch Listen der Unternehmen der Generali Gruppe hinterlegt, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Außerdem gibt es Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Die „Kundeninformationen“ haben Sie vor Ihrer Vertragserklärung erhalten. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali Deutschland Krankenversicherung AG bekommen Sie unter www.generali.de/dsgvo/.

K

Wichtige Hinweise

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag mit den gewählten Tarifen, die zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der Versicherungsschein. Weitere Vereinbarungen sind nur gültig, wenn die Generali Deutschland Krankenversicherung AG diese schriftlich bestätigt. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn ich den Versicherungsschein erhalte. Alternativ kann mir die Generali Deutschland Krankenversicherung AG die Annahme des Antrages schriftlich bestätigen.

2. Widerrufsrecht

Ihnen steht ein gesetzliches Widerrufsrecht zu. Genaue Informationen dazu finden Sie in der Widerrufsbelehrung. Diese erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

3. Erklärung zu Tagegeldversicherungen

Ab Antragsstellung gilt: Wenn Sie eine Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen wollen, muss die Generali Deutschland Krankenversicherung AG zustimmen. Das ist auch zu beachten, wenn Sie eine bei einem anderen Versicherer bestehende Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldversicherung erhöhen wollen.

Sie verletzen diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig? Dann richten sich die Rechtsfolgen nach § 28 Versicherungsvertragsgesetz.

Die Generali Deutschland Krankenversicherung AG ist danach berechtigt, die Krankentagegeld- und die Krankenhaustagegeldversicherung fristlos zu kündigen.

Außerdem darf sie ihre Leistung ganz oder teilweise kürzen. Dafür hat sie einen Monat Zeit, nachdem sie davon erfahren hat.

4. Mitteilung steuerrelevanter Änderungen

Falls die Ausnahmen von der Besteuerung gemäß § 4 VersStG nicht erfüllt sind, gilt: Die Generali Deutschland Krankenversicherung AG zahlt, die vom Versicherungsnehmer zu tragende Versicherungsteuer von derzeit 19 Prozent an die Finanzbehörden. Dazu ist sie gesetzlich verpflichtet.

Deshalb verpflichte ich mich, der Generali Deutschland Krankenversicherung AG alle wichtigen Umstände mitzuteilen, die zu einer Steuerpflicht führen oder diese entfallen lassen. Das kann zum Beispiel sein, wenn die Angehörigeneigenschaft wegfällt.

5. Entgegennahme von Zahlungen

Vermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

L

Erklärung zur Gesundheitsgarantie

Der Tarif Mein Gesundheitsplan umfasst bedingungsgemäß die Gesundheitsgarantie zur späteren Anpassung des Versicherungsschutzes. Dazu wird der aktuelle Gesundheitszustand der zu versichernden Person geprüft. Das kann dazu führen, dass mir die Generali Deutschland Krankenversicherung AG die Gesundheitsgarantie für diese Person nur eingeschränkt oder gar nicht anbieten kann. Mit dieser Abweichung von den Tarifbedingungen bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

M

Werbung, Markt- und Meinungsforschung, Kundenzufriedenheitsbefragung

Einwilligungserklärung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Generali Deutschland Krankenversicherung AG meine E-Mailadresse und Telefonnummer sowie Informationen zu meinem Vertrag mit Ausnahme von Gesundheitsdaten nutzt, um mich über neue Produkte und Serviceangebote der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zu informieren. Dies gilt auch für die Durchführung von Kundenzufriedenheitsbefragungen durch Marktforschungsunternehmen.

Widerrufsbelehrung

Ihre vorstehenden Erklärungen zur Nutzung der E-Mail-Adresse und Telefonnummer für vertragliche Zwecke, Werbung und/oder für Kundenzufriedenheitsbefragungen können Sie jederzeit, ganz oder teilweise, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen unter: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, 0221 1636-0, gesundheit@generali.com, www.generali.de/widerruf/. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurde.

N

Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“. Diese finden Sie auf den folgenden Seiten dieses Antrages. Wenn Sie unterschreiben, werden diese zum Inhalt des Antrages und damit Bestandteil des Vertrages. Eine Durchschrift des Antrages bekommen Sie sofort, nachdem Sie unterschrieben haben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschriften der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahren (bei Personen unter 16 Jahren die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter)

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Generali Deutschland Krankenversicherung AG erhalten, verständigen Sie uns bitte.

O

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass mir vor Unterzeichnung dieses Antrages die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen und die „Kundeninformation“ einschließlich des Informationsblattes der Aufsichtsbehörde (BaFin) in Textform mitgeteilt wurden.

Weiterhin habe ich folgende Unterlagen erhalten:

☐ Beratungsprotokoll

☐ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

P

Erklärung des Antragvermittlers

Erklärung des Antragvermittlers: Ich erkläre, dass mir keine früheren oder noch bestehenden Erkrankungen mitgeteilt wurden. Anzeichen von Krankheiten, Gebrechen oder Anomalien habe ich nicht bemerkt. Die Richtigkeit der Unterschriften bestätige ich. Eine Durchschrift des Antrages wurde dem Antragsteller ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragvermittler/in

SEPA-Lastschriftmandat



Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40–50
50670 Köln

FD / Versicherungsnummer

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE11ZZZ00000028677

Mandatsreferenz

Die Mandats-Referenznummer teilt Ihnen die Generali Deutschland Krankenversicherung AG separat mit.

Einzugsermächtigung

Einzelmandat für wiederkehrenden Einzug

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Generali Deutschland Krankenversicherung AG einzulösen.

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

Kontoinhaber

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Wohnort

Bankverbindung

IBAN

Name des Kreditinstituts

BIC

Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

Ort

Datum

X
Unterschrift(en) Kontoinhaber

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o. a. Kontoinhaber ist.

☐ Herr ☐ Frau

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum

Beratungsprotokoll: Krankenversicherung

Vermittler: _____ Vers.-/Vorgangsnr.: _____

Gesprächsteilnehmer: _____

1. Gesprächsanlass

2. Persönliche Angaben (weitere Personendaten siehe Antrag vom _____)

Kunde/Interessent:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet

Kinder/Alter: _____ / _____

Beruf/Status: _____ / _____

Steuerpflichtiges Einkommen:

Brutto: _____ Netto: _____

Anzahl der Gehälter: _____

Kunde/Interessent (Lebenspartner):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ Lebenspartner

Kinder/Alter: _____ / _____

Beruf/Status: _____ / _____

Steuerpflichtiges Einkommen:

Brutto: _____ Netto: _____

Anzahl der Gehälter: _____

3. Versicherungstechnischer Status

Folgende bereits bestehende Lösungen wurden bei der Empfehlung berücksichtigt:

☐ Gesetzliche Krankenversicherung Träger: _____

☐ Pflegepflichtversicherung Träger: _____

☐ Private Krankenvollversicherung KVV: _____

☐ Private Krankenzusatzversicherung KVV: _____

4. Beratung/Information (Mehrfachnennungen möglich)

Leistungsumfang:

☐ Vergleich des Lösungsvorschlages mit den Leistungen der Krankenkasse

☐ Familienversicherung/Individualversicherung

☐ Wartezeiten ☐ Allgemeine ☐ Besondere

☐ Zahnstaffel ☐ Anrechnung

☐ Sonstiges

Beiträge:

☐ Modalitäten der Beitragsrückerstattung

☐ Zuschussfähigkeit durch den Arbeitgeber

☐ Bürgerentlastungsgesetz

☐ Beitragsentlastungsmöglichkeiten im Alter

☐ Standardtarif und Basistarif

☐ Tarifwechsellmöglichkeit gemäß § 204 VVG

☐ Versorgung bei Verdienstausschlag

5. Lösungsvorschlag

Der Abschluss folgender Tarife wird empfohlen:

Begründung: _____

6. Kündigung/Umstellung einer Vorversicherung

Über die Vor- und Nachteile der Kündigung/Umstellung einer bisher bestehenden privaten Krankenversicherung haben wir Sie informiert. Hierbei wurden Sie insbesondere auch darauf hingewiesen, dass durch den angeratenen Neuabschluss erneut Abschlusskosten entstehen.

7. Zusätzliche Angaben und Hinweise zum Beratungsgespräch

8. Antrag/Anfrage (Details siehe Antrag/Anfrage vom: _____)

Der oben angegebene Lösungsvorschlag wurde beantragt: ☐ ja ☐ nein

Bei Abweichungen vom Lösungsvorschlag:

Der Antrag weicht von dem Lösungsvorschlag des Vermittlers ab bzw. wird nicht gestellt aus folgenden Gründen: _____

9. Unterschriften

Ein Exemplar der Dokumentation wurde dem Kunden/Interessenten ausgehändigt.

☐ ja

Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Schlichtungsstelle wurden ausgehändigt.

☐ ja

Ort/Datum

Vermittler

Kunde/Interessent

Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Streitschlichtungsstelle

Mit der Aushändigung der Visitenkarte erhalten Sie die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen über den Vermittler. Sollte es Anlass zur Beschwerde geben, wenden Sie sich entweder an die

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40–50
50670 Köln

oder an die Schlichtungsstelle.

Hierzu noch einmal die Adressen der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des

Vereins Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

bzw. des

Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

Ausfüllhilfe zu Anlässen und Begründungen

Die Felder „Gesprächsanlass“, „Lösungsvorschlag (Begründung)“ und „Antrag“ sind die haftungsrechtlich kritischen Punkte des Beratungsprotokolls. Diese können wie folgt befüllt werden:

I. Feld „Gesprächsanlass“

Der Gesetzgeber verlangt von jedem Vermittler eine anlassbezogene Beratung. In der Krankenversicherung lassen sich die Anlässe wie folgt unterteilen:

1.1 Neugeschäft:

Allgemeine Anlässe:

- Personenbezogene Versorgungssituation (bei offenem Gesprächsausgang ohne Spartenfokussierung und Cross-Selling-Ansatz)
- Vergleich GKV/PKV
- Änderung der Sozialgesetzgebung
- Folgen aus dem Verlust der Arbeitskraft
- Darstellung der Versorgung im Krankheitsfall

Konkrete Anlässe:

- Heirat
- Scheidung/Trennung
- Geburt eines Kindes
- Eintritt in das Berufsleben
- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Status-/Berufswechsel

Die oben benannten Anlässe berücksichtigen nicht jede Kundensituation und sind somit nicht abschließend.

1.2 Bestandsgeschäft:

Im Bestandsgeschäft reichen zur notwendigen Beratung in einem bestehenden Vertragsverhältnis grundsätzlich zwei Anlässe aus:

- Modifizierung des Beitrages
- Modifizierung der Leistungen

II. Feld „Lösungsvorschlag“ und „Begründung“

Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sieht in § 61 folgendes vor: „Der Versicherungsvermittler hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben.“

Der Lösungsvorschlag ist grundsätzlich in der exakten Tarifkombination und Höhe der Leistungen (Beispiel: konkretes Defizit/Lücke im Tagegeldbereich) zu benennen. Die Begründungen für eine empfohlene Lösung sind grundsätzlich individuell zu formulieren. Hierbei bestehen folgende Möglichkeiten:

1. Subjektive Begründung:

Die **wortgetreue Wiedergabe der Ausführungen des Kunden** zu seinen geäußerten Wünschen und Bedürfnissen aus dem Gespräch. (Beispiel Neugeschäft: Herr xy sagt: „Ich benötige/brauche/wünsche im Krankheitsfall privatärztliche Behandlung aus folgendem Grund: ...“;

Beispiel Bestandsgeschäft: „Frau xy sagt, ihr ist in ihrer jetzigen Situation die Beitragssparnis sehr wichtig und ist demnach bereit, dafür auf Teile ihres vereinbarten Leistungsumfanges zu verzichten.“)

2. Objektive Begründung

Die **Ermittlung der konkreten Defizitsituation** im Krankheitsfall (z. B. Herrn xy fehlen gemäß seiner Einkommensangaben bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag ? pro Monat).

Es können mehrere Begründungen eingetragen werden. Zu beachten ist hierbei: Die Begründung „Preis-/Leistungsverhältnis“ reicht nicht aus! Es ist die Präferenz des Kunden auszuformulieren, ob eine Gewichtung auf niedrigen Beiträgen oder einem konkreten Leistungsumfang besteht.

Grundsätzlich ist der Lösungsvorschlag stets gemäß der ursprünglichen Angaben des Kunden zu erstellen. Die Abwägung, ob ein Kunde bereit ist, den Beitrag hierfür zu bezahlen, erfolgt erst im Feld „Antrag“. (s. u.)

III. Feld „Antrag“ und „Begründung der Abweichung des Antrages vom Lösungsvorschlag“

Grundsätzlich ist das Feld „Antrag“ nur dann mit „ja“ anzukreuzen, wenn der Kunde den Lösungsvorschlag des Vermittlers **vollständig in der benannten Höhe** annimmt! Eine weitere Begründung ist dann nicht notwendig.

Eine Begründung bei Abweichung greift nur in dem Fall, in dem der Kunde den empfohlenen Lösungsvorschlag des Vermittlers nicht vollständig oder nur modifiziert annimmt und somit ein „nein“ angekreuzt werden muss. Hierbei ist exakt zu zitieren und zu formulieren (z. B. „Aus heutiger Sicht ist Herrn xy die Beitragssparnis wichtiger als die oben benannten Leistungen. Aus diesem Grund entscheidet er sich für die beantragte Tarifkombination“).

IV. Ankreuzfeld „Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie der Streitschlichtungsstelle wurden ausgehändigt“

Dieses Ankreuzfeld beinhaltet die Erfüllung aller gesetzlich vorgeschriebenen Informationspflichten (Visitenkartenmodell) beim Kunden. Sollte es trotzdem noch Anlass zur Beschwerde geben, kann man sich entweder an die Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40–50 in 50670 Köln oder an die Streitschlichtungsstelle wenden.

Hierzu noch einmal die Adresse der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des Vereins Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32 in 10006 Berlin bzw. des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Wir sind auf richtige und vollständige Angaben im Antrag angewiesen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen müssen vorvertragliche Anzeigepflichten beachten und erfüllen.

Sie gefährden Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie falsche oder unvollständige Angaben machen. Einzelheiten zu diesem Thema haben wir hier für Sie zusammengefasst.

1. 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.

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

2.1. 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.

2.2. Kündigung

Für alle Verträge, die nicht der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dienen, gilt: Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu.

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

2.3. 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 oder weil Ihr Vertrag der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dient, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht 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.

3. Was ist für Sie sonst noch wichtig?

3.1. 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.

3.2. 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.