

Krankenversicherungsantrag mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung

ottonova

Ist der Antragssteller oder die versicherte Person bereits
Kunde der ottonova Krankenversicherung AG?

Ja Nein

Versicherungsnummer:

Vermittlernummer:

1. Angaben zur Person

Versicherungsnehmer VN (= Person 1)	Versicherte Person VP (= minderjährige Person 2)
Ich beantrage für die genannten Personen den Abschluss bzw. die Änderung eines Kranken- bzw. Pflegeversicherungsvertrags nach den jeweils bezeichneten Tarifen auf der Basis der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die mit diesem Antrag abzuschließenden Verträge in der Kranken-Pflegepflicht- und Krankentagegeldversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge. Alle Angaben im Antrag müssen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet werden. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie hierzu die beiliegende „Wichtige Mitteilung über eine Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.	
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Titel:	Titel:
Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) Hinweis: ab Volljährigkeit (18. LJ.) muss Antragssteller zwingend VN sein	Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) Hinweis: ab Volljährigkeit (18. LJ.) muss Antragssteller zwingend VN sein
männlich weiblich divers	männlich weiblich divers
E-Mail*: *Zwingend erforderlich für die Antragsbearbeitung. Als digitaler VR erfolgt die Kommunikation der ottonova grundsätzlich nach Abschluss über unsere App.	E-Mail*: *Zwingend erforderlich für die Antragsbearbeitung. Als digitaler VR erfolgt die Kommunikation der ottonova grundsätzlich nach Abschluss über unsere App.
Mobilnummer*: *Zwingend erforderlich für die Antragsbearbeitung. Als digitaler VR erfolgt die Kommunikation der ottonova grundsätzlich nach Abschluss über unsere App.	Mobilnummer*: *Zwingend erforderlich für die Antragsbearbeitung. Als digitaler VR erfolgt die Kommunikation der ottonova grundsätzlich nach Abschluss über unsere App.
Straße: Hausnummer:	Straße: Hausnummer:
Adresszusatz:	Adresszusatz:
Postleitzahl: Wohnort:	Postleitzahl: Wohnort:
Steueridentifikations-Nr.:	Steueridentifikations-Nr.:
Staatsangehörigkeit: deutsch andere Falls „andere“ bitte ausfüllen:	Staatsangehörigkeit: deutsch andere Falls „andere“ bitte ausfüllen:
in Deutschland gemeldet seit: (Tag/Monat/Jahr)	in Deutschland gemeldet seit: (Tag/Monat/Jahr)
permanentes Aufenthaltsrecht: Ja Nein	permanentes Aufenthaltsrecht: Ja Nein
Falls nein, Aufenthaltstitel/Visum gültig ab: (Tag/Monat/Jahr)	Falls nein, Aufenthaltstitel/Visum gültig ab: (Tag/Monat/Jahr)
Berufsstand:	Berufsstand: Kind/Jugendlicher Hinweis: Mindestens ein Elternteil muss ottonova PKV versichert sein

Vorversicherung/Sonstige Kranken-/Pflegeversicherungen	
Aktuelle Krankenversicherungsart:	Aktuelle Krankenversicherungsart:
Aktuelle Versicherungsgesellschaft: (auch ausländische Versicherungsträger)	Aktuelle Versicherungsgesellschaft: (auch ausländische Versicherungsträger)
Land, falls im Ausland versichert:	Land, falls im Ausland versichert:
Grund, falls nicht versichert:	Grund, falls nicht versichert:
Versicherungsbeginn (bisherige Vers.): (Tag/Monat/Jahr)	Versicherungsbeginn (bisherige Vers.): (Tag/Monat/Jahr)
Versicherungsende (bisherige Vers.): (Tag/Monat/Jahr)	Versicherungsende (bisherige Vers.): (Tag/Monat/Jahr)
Vorversicherung gekündigt: Nein Ja, durch VN Ja, durch VR Hinweis: Bei Kündigung durch VR bitte den Nachweis über VVA/Beendigungsgrund beilegen	Vorversicherung gekündigt: Nein Ja, durch VN Ja, durch VR Hinweis: Bei Kündigung durch VR bitte den Nachweis über VVA/Beendigungsgrund beilegen
Beitragsrückstand: Ja Nein	Beitragsrückstand: Ja Nein
Falls ja, Grund und Höhe in EUR:	Falls ja, Grund und Höhe in EUR:
Notlagentarif: Ja Nein	Notlagentarif: Ja Nein
Basistarif: Ja Nein	Basistarif: Ja Nein

ottonova Krankenversicherung AG • Ottostraße 4 • 80333 München • ottonova.de • hallo@ottonova.de • Tel.: +49 89 26 20 98 000

Sitz der Gesellschaft: München • Amtsgericht: München HRB 227378

Vorstand: Dr. Bernhard Brühl (Vorsitz), Christopher Koker, Martin Betzwieser

Aufsichtsrat: Karl-Heinz Naumann (Vorsitzender)

Hypovereinsbank München • IBAN: DE52 70020270 0015565959 • BIC: HYVEDEMMXXX

Krankenversicherungsantrag mit Antrag auf Pflegepflichtversicherung



Für Angestellte: VN (= Person 1)			Für Selbstständige: VN (= Person 1)	
Ausgeübter Beruf:			Ausgeübter Beruf:	
Bruttojahresgehalt (EUR): JAEG 2025: 73.800 EUR			Firmierung:	
			Gewinn nach Steuern:	
			Firma gegründet/Selbstständigkeit seit: (Tag/Monat/Jahr)	
			Anzahl Vollzeitmitarbeiter:	

Für Beamte/Beamtenanwärter: VN (= Person 1)			Für Beamte/Beamtenanwärter: VP (= minderjährige Person 2)	
Beamter	Beamtenanwärter	beihilfeberechtigte Ehegatten	beihilfeberechtigtes Kind	
Beihilfeträger:			Beihilfeträger:	
Beihilfesatz in %:			Beihilfesatz in %:	
Ausgeübter Beruf:				

Für Studenten: VN (= Person 1)	
Name der Studieneinrichtung:	Vorauss. Studienende: (Tag/Monat/Jahr)
Studiengang/Studienfach:	Studienbeginn: (Tag/Monat/Jahr)

2. Antragserklärung Kranken-/Pflegeversicherung

Der Antragsteller beantragt den Abschluss eines Versicherungsvertrages für die nachstehenden ausgewählten Tarife.

Versicherungsbeginn: (Tag/Monat/Jahr)

Versicherungsnehmer VN (= Person 1)					
Tarifbaustein	Tagessatz	Tarifbeitrag ²	Ges. Vorsorgezuschlag	Risikozuschlag ³	Summe
BEK 64	BEK 67				
Krankentagegeld - Karenzzeit ¹					
Krankenhaustagegeld					
Pflegepflichtversicherung PPV/PVB					
Gesamtbeitrag pro Monat					

Versicherungsbeginn: (Tag/Monat/Jahr)

Versicherte Person VP (= minderjährige Person 2)					
Tarifbaustein	Tagessatz	Tarifbeitrag ²	Ges. Vorsorgezuschlag	Risikozuschlag ³	Summe
BEK 64	BEK 67				
Krankentagegeld - Karenzzeit ¹					
Krankenhaustagegeld					
Pflegepflichtversicherung PPV/PVB					
Gesamtbeitrag pro Monat					

¹ Hinweis: Das Krankentagegeld wird in 10 €-Schritten bis maximal 310 €/Tag angeboten. Die maximale Höhe beträgt bei Angestellten abhängig vom Bruttojahreseinkommen (Gehalt/365 Tage * 0,75 = maximale Höhe (abgerundet auf 10 €-Schritte)); bei Selbstständigen abhängig von Beruf und der Anzahl der Vollzeitmitarbeiter.

² Der hier angezeigte Monatsbeitrag entspricht dem regulären Tarifbeitrag. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse können erst nach Abschluss der Gesundheitsprüfung ermittelt und endgültig festgesetzt werden. Daher kann es sein, dass sich nach Durchführung der Risikoprüfung der Monatsbeitrag gegenüber dem hier angegebenen Beitrag ändert. Sollte dies der Fall sein, werden wir Sie umgehend informieren. In diesem Fall haben Sie anschließend die Möglichkeit den Vertrag dann zu den neuen Bedingungen endgültig abzuschließen.

³ Der Risikozuschlag ist auf die Dauer des Tarifs angelegt. Bei Beitragsanpassungen wird der Zuschlag entsprechend angeglichen.

3. Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Ausführliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie aus dem beiliegenden Informationsblatt.

Monatliches Gesamteinkommen ¹ höher als Einkommensgrenze?	Ja	Nein
Beitragsberechnung für Ehegatten/Lebenspartner ¹ ?	Ja	Nein

¹ Definitionen zum Gesamteinkommen, Beitragsbegrenzung und Beitragsfreistellung sowie weitere Informationen zur Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Beantragung der Beitragsfreiheit für Kinder

Der Antragssteller beantragt die Beitragsfreistellung² in der Pflegepflichtversicherung für die oben angegebene versicherte Person und bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen dieser Person(en) nicht über den Einkommensgrenzwerten = 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2025: 556 €) liegt.

² Die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit von Kindern in der Pflegepflichtversicherung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Verzicht auf Antrag zur PPV

Die PPV wird nicht beantragt, weil anderweitig geführt

Bei nachfolgender Gesellschaft

aktueller PPV-Nachweis liegt bei (nicht älter als 3 Monate)

wird nachgereicht (Nachweis gesetzlich vorgeschrieben)

4. Gesundheitsangaben

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Grundlagen für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb des abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

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

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in dem als Anlage beiliegenden Dokument: „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

		VN (= Person 1)		VP (= Person 2)	
1	Angabe von Größe in cm und Gewicht in kg.				
		cm	kg	cm	kg
2	Wurden innerhalb der letzten 3 Jahre für mindestens 2 Wochen am Stück Medikamente eingenommen? Medikamente sind alle Präparate, die man in Deutschland nur in der Apotheke bekommt. Ausgenommen sind Verhütungsmittel.	Ja	Nein	Ja	Nein
3	Fanden innerhalb der letzten 3 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) durch Ärzte oder Therapeuten statt? Wenn Behandlungen wegen Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Erkältungen oder grippalen Infekten stattgefunden haben und keine Folgen bestehen, und Sie sind jetzt wieder gesund, müssen diese nicht angegeben werden. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt) müssen nur dann angegeben werden, wenn diese einen Befund ergeben haben, der auf eine Krankheit hinweist. Kontrolluntersuchungen, wie zum Beispiel Blutzuckerbestimmungen bei Diabetes, kardiologische Kontrolluntersuchungen bei Herzklappenfehler oder Tumornachsorge sollten auf jeden Fall angegeben werden.	Ja	Nein	Ja	Nein
4	Besteht bzw. bestand innerhalb der letzten 3 Jahre eine Allergie?	Ja	Nein	Ja	Nein
5	Fand innerhalb der letzten 5 Jahre eine Behandlung mit Aufenthalt im Krankenhaus oder eine Operation ohne Krankenhausaufenthalt statt?	Ja	Nein	Ja	Nein
6	Fanden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) wegen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen oder Beschwerden statt?	Ja	Nein	Ja	Nein
7	Fanden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen oder Untersuchungen (auch Nachsorge) wegen bösartigen Krebskrankungen statt?	Ja	Nein	Ja	Nein
8	Bestehen chronische Erkrankungen? Chronisch sind Erkrankungen dann, wenn sie eine dauerhafte und regelmäßige medizinische Betreuung notwendig machen. Chronische Erkrankungen treten teilweise in Schüben auf und sind in der Regel nicht heilbar.	Ja	Nein	Ja	Nein
9	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? Hier muss angegeben werden, ob eine Infektion mit dem HI-Virus festgestellt wurde, auch wenn es bisher nicht zu der Krankheit AIDS gekommen ist.	Ja	Nein	Ja	Nein
10	Fand jemals eine Behandlung wegen Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit oder einer sonstigen Suchterkrankung statt?	Ja	Nein	Ja	Nein
11	Besteht eine oder mehrere Beeinträchtigungen der folgenden Liste?				
	Hörhilfen	Ja	Nein	Ja	Nein
	Körperimplantate (Zahnimplantate zählen nicht)	Ja	Nein	Ja	Nein
	Prothesen (Zahnprothesen zählen nicht)	Ja	Nein	Ja	Nein
	Zeugungsunfähigkeit/Unfruchtbarkeit oder eingeschränkte Zeugungsfähigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
	Behinderungen, Fehlbildungen eines Organes oder eine körperliche Fehlbildung	Ja	Nein	Ja	Nein
	Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
	Medizinische Schuheinlagen	Ja	Nein	Ja	Nein
	Anzahl fehlender Zähne, die nicht ersetzt wurden (Weisheitszähne zählen nicht)	Ja	Nein	Ja	Nein
12	Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch Nachsorge) oder Operationen durch Ärzte oder Therapeuten beabsichtigt, angedacht oder geplant? Ärzte und Therapeuten sind z.B. Hausärzte, alle Fachärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Osteo- und Chiropraktiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden oder Kieferchirurgen.	Ja	Nein	Ja	Nein

Falls eine der Fragen mit »Ja« beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angaben der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt vorzunehmen (wird Bestandteil des Antrages) und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

VN (= Pers. 1)	VP (= Pers. 2)	Zu Frage	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, Dioptrienwerte, bei Vorsorge-/ Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/ Arbeitsunfähigkeit	ambulant stationär operiert	Behandlungs- und beschwerdefrei? Falls ja, seit wann?
						Ja Nein
						Ja Nein
						Ja Nein
						Ja Nein
						Ja Nein
						Ja Nein

Zu genanntem Antrag liegt bereits eine Risikovorabanfrage mir NR.: _____ vor.

Hinweis: Mit Einreichung des rechtsverbindlichen Antrags, werden alle relevanten Unterlagen eingereicht.

Mit dem Risikozuschlag in Höhe von _____ bin ich einverstanden.

Mit dem Leistungsausschluss bin ich einverstanden.

Mit der Beauftragung von Medicals Direct Deutschland GmbH bin ich einverstanden, um die medizinische Untersuchung durchführen zu lassen.

Untersuchung auf: Deutsch Englisch

Mit der Beauftragung von Medicals Direct Deutschland GmbH bin ich nicht einverstanden, bitte übersenden Sie mir die Unterlagen für die medizinische Untersuchung.

5. Unterschriften

1) Antragsstellung

Antragssteller hat vor Antragsstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
- Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG,
- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung,
- Datenschutzhinweise,
- Kundeninformation,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen,
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- Widerrufsbelehrung,
- Schufainformation und -hinweisblatt
- Informationsblatt zur Pflegepflichtversicherung

Ort, Datum

✗

Unterschrift Antragssteller

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen. Sie machen diese Erklärung zum Inhalt dieses Antrags und willigen in nachfolgende Einwilligungstatbestände ein bzw. geben zu folgenden Sachverhalten die beiliegenden Erklärungen ab: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch ottonova; 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten; 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ottonova; 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung; 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen); 3.3 Datenübermittlung und -speicherung über die App als zentrale Kommunikationsplattform; 3.4 Datenweitergabe an Rückversicherungen; 3.5 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler; 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in dem Dokument „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG“, die diesem Antrag als Anlage beiliegt.

Der Antragssteller bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Zudem ist der Antragssteller einverstanden, dass der Versicherungsschutz ggf. bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie in der beiliegenden Widerrufsbelehrung) beginnt. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen des beantragten Tarifs.

Zudem willigt der Antragssteller bis auf Widerruf ein, dass ihn die ottonova künftig regelmäßig über Versicherungsangelegenheiten per Telefon, App und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit gegenüber ottonova (am besten per E-Mail an: support@ottonova.de) erklärt werden. Für weitere Informationen siehe auch: www.ottonova.de/datenschutz

Digitale Kommunikation: Der Versicherungsnehmer stimmt der digitalen Kommunikation – vorbehaltlich der Anmeldung in den Kundenportalen – mit dem Versicherer ausdrücklich zu. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen grundsätzlich auf digitalem Weg über die Kundenportale von ottonova. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

Unterschrift(en) Antrag:

Ort, Datum

✗

Unterschrift Antragsteller

✗

Unterschrift der zu versichernden Person

ab dem vollendeten 16. Lebensjahr/Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen

2) Bonitätsauskunft

Im Rahmen der Antragsprüfung zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung eines Versicherungsvertragsverhältnisses sowie später bei Durchführung des Versicherungsvertrages werden personenbezogene Daten über das Zahlungsverhalten und die Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) an die SCHUFA Holding AG übermittelt. Einzelheiten hierzu finden Sie in dem beiliegenden SCHUFA-Hinweis zu Versicherungsanträgen sowie in der SCHUFA-Information. Bitte lesen Sie beide Dokumente aufmerksam durch. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Dokumente zur Kenntnis genommen haben.

Dabei kann die SCHUFA Holding AG dem Versicherer ergänzend einen aus Ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Zu den genannten Zwecken entbindet der Antragssteller die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe seiner Schweigepflicht geschützten Daten an die SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

✗

Unterschrift Antragssteller/Versicherungsnehmer ab 16 Jahre

✗

Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen

3) Information über in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge

Zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge werden bestimmte personenbezogene Daten wie z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung von der ottonova Krankenversicherung AG an die Finanzbehörden übermittelt. Zu diesem Zweck muss die ottonova Krankenversicherung AG ggf. auch die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erheben.

Ort, Datum

✗

Unterschrift Antragssteller/Versicherungsnehmer ab 16 Jahre

✗

Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen

4) SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

zum Antrag vom

Ich ermächtige die ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 München (Gläubiger-ID DE23ZZZ00002016282), Zahlungen für die genannten Versicherungsverträge von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschufteinzug spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug, unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine, angekündigt wird.

Sofern die Beiträge von meinem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen vom jeweiligen Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, sofern der Versicherungsnehmer auch der Kontoinhaber ist.

Wichtig: Die unten geforderten Angaben müssen vollständig ausgefüllt werden, auch wenn die Angaben zu Name, Adresse und Geburtsdatum schon im Antrag gemacht wurden.

Kontoinhaber:		
Versicherungsnehmer (VN)	Abweichender Beitragszahler	(Verhältnis zum VN:)
Bei abweichendem Kontoinhaber bitte ausfüllen:		
Name, Vorname:		
Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr)		
Straße:		Hausnummer:
PLZ:	Ort:	
Bankverbindung:		
Geldinstitut:		
IBAN:		
BIC:		

Ort, Datum

✗

Unterschrift des Kontoinhabers

✗

Unterschrift der zu versichernden Person 2 (VP) ab 16 Jahre

✗

Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Personen



Dienstleisterliste 1/5

Die ottonova-Gesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken und Datenbearbeitungsverfahren deine Stammdaten nutzen

ottonova Krankenversicherung AG
ottonova services GmbH
ottonova Holding AG
on Beratungs- und Vertriebs-GmbH

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 2/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Krankenversicherung AG	ottonova Holding AG	Recht, Compliance und Rechnungswesen, Beschwerdemanagement
	ottonova services GmbH	Bestandsführung, Leistungsbearbeitung, Risikoprüfung, Postverarbeitung, IT-Services
	on Beratungs- und Vertriebs GmbH	Vertrieb, Call-Center
	Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG	Forderungsmanagement
	General Reinsurance AG	Rückversicherung
	MEDICPROOF GmbH	Begutachtung und Beratung zur Pflegebedürftigkeit
	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Verband)	Poolmeldung zum Basistarif, zur Pflegepflichtversicherung und zum Beihilfe-Überschaden-Ausgleich (sog. Beamtenöffnungsaktion)
	Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfungen, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
	Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung
	Getsafe Digital GmbH	Vertragsbetreuung, Leistungsbearbeitung, Customer Support, Forderungsmanagement
	UniCredit Bank GmbH	Finanzdienstleister
	Global Side & Notrix GmbH in Zusammenarbeit mit der Notrix AG, der Notrix Services Kft. (in Ungarn), der Global Side Detection GmbH und der Global Side GmbH	Unterstützung bei der Betrugserkennung im Leistungsbereich
	MediaKom GmbH & Co. KG	Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 3/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova services GmbH	SHL Telemedizin GmbH	Gesundheitstelefon/-chat, Customer Support in Randzeiten
	msg nexinsure ag	Software zur Bestandsführung, IT-Dienstleistungen, Leistungsbearbeitung stationäre Fälle
	msg life central europe GmbH	Software zur Bestandsführung, IT-Dienstleistungen
	Insiders Technologies GmbH	Eingangsdatenvalidierung
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Auslandsassistance, Reha-, Pflege- und Hilfsmittelmanagement
	SCHUFA Holding AG	Bonitätsprüfungen
	Medicals Direct Deutschland GmbH	Medizinische Begutachtung und Beratung
	Medexo GmbH	Ärztliche Gutachten
	Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfungen, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
	Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung
	IBM Deutschland GmbH	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	DIGI-TEXX VIETNAM Ltd.; Ho Chi Minh City, Vietnam	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	DIGI-TEXX VIETNAM Ltd.; Vi Thanh City, Vietnam	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Systemtechnische Unterstützung bei der Risikoprüfung
	Expatrio Global Services GmbH und DR-WALTER GmbH	Einschlägig nur für ausländische Studenten, die über Expatrio Global Services GmbH/DR-WALTER GmbH ein Value Package abgeschlossen haben: Austausch von Versicherungsvertragsdaten (inkl. Gesundheitsangaben)
	VIER GmbH	Telefonanlagebetrieb und Co-Browsing

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 4/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova services GmbH	salesforce.com Germany GmbH	CRM
	Microsoft Deutschland GmbH	Microsoft Office Anwendungen
ottonova Holding AG	UniCredit Bank AG	Finanzdienstleistungssoftware
	ISS Software GmbH	Finanzbuchhaltung- und Meldesystem
	Siemssen Consulting GmbH	Sanktionslistenprüfung

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 5/5

Die folgenden Dienstleister erbringen ebenfalls Leistungen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften, allerdings spielt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten keine zentrale Rolle. Außerdem finden sich Auftragnehmer, die reine Rechenzentrumsleistungen zur Verfügung stellen oder Unternehmen, die nur gelegentlich bzw. einmalig tätig werden.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Holding AG	ottonova services GmbH	IT Services
ottonova services GmbH	Amazon Web Services, Inc.	System Hosting (Verschlüsselt)
	Global Side GmbH	Softwarelieferung für medizinische Prüfungen
	Deutsche Telekom AG	Backup System Hosting
	Göbel + Lenze Direktmarketing GmbH	Versanddienstleistung
	PAV Card GmbH	Erstellung von Gesundheitskarten
	Colt Technology Services GmbH	Internetanbieter
	M-net Telekommunikations GmbH	Backup Internetanbieter
	Twilio, Inc.	2-Faktor-Authentifizierung via SMS
	Melissa Data GmbH	Adressverifikation und Autovervollständigung
ottonova Krankenversicherung AG	IT-Sicherheitsdienstleister	Überprüfung der IT-Sicherheitssysteme auf Auffälligkeiten und Schwachstellen
	Deutsche Post AG	Versanddienstleistungen

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.