



Bitte in Blockschrift ausfüllen

NL/V.D.	RB	AB	Vermittler-Nr.	VS-Nr.	SV-Nr.
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		0 0			
Name	Vorname		Titel		
Straße, Haus-Nr.			PLZ, Ort		
Berufliche Tätigkeit, Branche			Staatsangehörigkeit		Geburtsdatum
Telefon		Telefax	E-Mail		

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name	Vorname	Tarife	Beitrag in EUR
Ausgeübter Beruf		Geburtsdatum		
Gesetzl. Krankenkasse		Staatsangehörigkeit		

<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Student, Schüler, Hausfrau)	selbständig seit		
01.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich (2% Rabatt)	<input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich (3% Rabatt)	(Mindest-Zahlbeitrag 5 Euro, ggf. Zahlweise ändern)	
<input type="checkbox"/> Internet-Service MyAXA gewünscht.			<input type="checkbox"/> Tarif ARD zusätzlich beantragt, Jahresbeitrag 10 Euro	

Widerrufliche Einzugsmächtigung
Die Beiträge sollen abgebucht werden. Sofern der Kontoinhaber nicht der Antragsteller ist, bitte gesonderte Einzugsmächtigung beilegen.

Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut
-----------	--------------	--------------

Für Krankentagegeldtarife bitte angeben
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens in Euro (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s. a. Antragsrückseite)

Angaben zum Gesundheitszustand
Der Vermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Er ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.

Größe	cm
Gewicht	kg

Bitte geben Sie bei vorhandener Fehlsichtigkeit (z. B. bei vorhandener Brille/Kontaktlinsen) die Dioptrienzahl links/rechts an.

L	R
---	---

- Bestehen Krankheiten oder Folgen von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen oder Operationen, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden? Wurden ein oder mehrere HIV-/Aids-Tests durchgeführt – wann und mit welchem Ergebnis? ja nein
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen, Psychotherapien oder andere Therapien statt? Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? ja nein
- Wurden in den letzten 3 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente oder in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand eine Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an. ja nein

Nur für Tarife mit Zahnleistungen zu beantworten

- Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluß und Weisheitszähne gelten nicht als fehlender Zahn.) Bitte Anzahl angeben. ja nein
- Finden zur Zeit zahnärztliche, kieferorthopädische, Parodontose-Behandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen statt? Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden? ja nein

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Ziffer der Frage

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.

zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/Art und Menge zu Frage 4	behandelt von – bis	amb. stat.	Arbeits-unfähig von – bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Welche Folgen bestehen?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Angaben zu Ärzten

zu Frage	Name und genaue Anschrift des Behandlers (z. B. Arzt, Krankenhaus, Therapeut, ...)	Fachrichtung

Weitere private Krankenversicherungen

Besteht parallel eine Krankentagegeld- (KHT) bzw. Krankentagegeldversicherung (KT)? Wenn ja, in welcher Höhe?	KHT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in EUR	KT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in EUR
---	---	-------------	--	-------------

- Zu beachten**
- Für Tarif EG Zahn gilt: Bei einem fehlenden Zahn, der noch nicht ersetzt ist, wird ein monatlicher Beitragszuschlag in Höhe von 2,50 Euro erhoben
 - Für Tarife EG Basis und EG Pro gilt: Bei mehr als zwei fehlenden Zähnen oder angeratenen Zahn- oder Inlaybehandlungen sind Leistungen vom Versicherungsschutz bis zur vollständigen Sanierung des Gebisses ausgeschlossen. Die angegebenen Vorerkrankungen können zu einem Leistungsausschluß für Heilpraktikerbehandlungen führen.

Wichtig für Antragsteller und zu versichernde Personen
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie werden wichtige Bestandteile des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrages. Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarifbedingungen einschließlich der Tarife der AXA Krankenversicherung AG. Ich kann dem Vertrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines und der Verbraucherinformation widersprechen. Ein Widerspruch in Textform, z. B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. **Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten.**

Ort, Datum, Unterschriften	Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter der zu versichernden Person
	Name/Unterschrift des Vermittlers	Unterschriften der zu versichernden Person bezogen auf alle obigen Erklärungen



Bitte in Blockschrift ausfüllen

NL/V.D.	RB	AB	Vermittler-Nr.	VS-Nr.	SV-Nr.
		0 0			
<input type="checkbox"/> Herr Name <input type="checkbox"/> Frau Straße, Haus-Nr.			Vorname		Titel
Berufliche Tätigkeit, Branche			PLZ, Ort		Geburtsdatum
Telefon		Telefax	E-Mail		

zu versichernde Person und Tarife	<input type="checkbox"/> Herr Name <input type="checkbox"/> Frau Ausgeübter Beruf Gesetzl. Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Herr Name <input type="checkbox"/> Frau Geburtsdatum Staatsangehörigkeit	Tarife	Beitrag in EUR
-----------------------------------	--	--	--------	----------------

Versicherungsbeginn/Zahlweise	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Student, Schüler, Hausfrau)	selbstständig seit <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich (2% Rabatt) <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich (3% Rabatt)	(Mindest-Zahlbeitrag 5 Euro, ggf. Zahlweise ändern) <input type="checkbox"/> Tarif ARD zusätzlich beantragt, Jahresbeitrag 10 Euro
	<input type="checkbox"/> Internet-Service MyAXA gewünscht. UserID und Passwörter werden automatisch zugeschickt.		

Widerrufliche Einzugsmächtigung	Die Beiträge sollen abgebucht werden. Sofern der Kontoinhaber nicht der Antragsteller ist, bitte gesonderte Einzugsmächtigung beilegen.		
Für Krankentagegeldtarife bitte angeben	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut

Angaben zum Gesundheitszustand	Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens in Euro (Durchschnitt der letzten 12 Monate, s. a. Antragsrückseite)	Größe cm	Gewicht kg
Der Vermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Er ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.			

Bitte geben Sie bei vorhandener Fehlsichtigkeit (z. B. bei vorhandener Brille/Kontaktlinsen) die Dioptrienzahl links/rechts an.		L	R
---	--	---	---

1. Bestehen Krankheiten oder Folgen von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen oder Operationen, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden? Wurden ein oder mehrere HIV-/Aids-Tests durchgeführt – wann und mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen, Psychotherapien oder andere Therapien statt? Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wurden in den letzten 3 Jahren täglich oder annähernd täglich Medikamente oder in den letzten 5 Jahren täglich oder annähernd täglich Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand eine Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nur für Tarife mit Zahnleistungen zu beantworten	5a. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluß und Weisheitszähne gelten nicht als fehlender Zahn.) Bitte Anzahl angeben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5b. Finden zur Zeit zahnärztliche, kieferorthopädische, Parodontose-Behandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen statt? Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Ziffer der Frage	Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.							
	zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/Art und Menge zu Frage 4	behandelt von – bis	amb. stat.	Arbeits-unfähig von – bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Welche Folgen bestehen?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Angaben zu Ärzten	zu Frage Name und genaue Anschrift des Behandlers (z. B. Arzt, Krankenhaus, Therapeut, ...)	Fachrichtung

Weitere private Krankenversicherungen	Besteht parallel eine Krankentagegeld- (KHT) bzw. Krankentagegeldversicherung (KT)? Wenn ja, in welcher Höhe?	KHT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in EUR	KT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in EUR
---------------------------------------	---	---	-------------	--	-------------

- Zu beachten**
- Für Tarif EG Zahn gilt: Bei einem fehlenden Zahn, der noch nicht ersetzt ist, wird ein monatlicher Beitragszuschlag in Höhe von 2,50 Euro erhoben
 - Für Tarife EG Basis und EG Pro gilt: Bei mehr als zwei fehlenden Zähnen oder angeratenen Zahn- oder Inlaybehandlungen sind Leistungen vom Versicherungsschutz bis zur vollständigen Sanierung des Gebisses ausgeschlossen. Die angegebenen Vorerkrankungen können zu einem Leistungsausschluß für Heilpraktikerbehandlungen führen.

Wichtig für Antragsteller und zu versichernde Personen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie werden wichtige Bestandteile des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrages. Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarifbedingungen einschließlich der Tarife der AXA Krankenversicherung AG. Ich kann dem Vertrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines und der Verbraucherinformation widersprechen. Ein Widerspruch in Textform, z. B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. **Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten.**

Ort, Datum, Unterschriften	Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter der zu versichernden Person
	Name/Unterschrift des Vermittlers	Unterschriften der zu versichernden Person bezogen auf alle obigen Erklärungen

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gerichtsstand

Für den Fall, daß eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluß aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

Allgemeine Versicherungsbedingungen/Verbraucherinformation/ Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den Tarifbedingungen und den abgeschlossenen Tarifen sowie die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation werden mir zusammen mit dem Versicherungsschein zugesandt.

Wartezeiterlaß

Bei Durchführung einer ärztlichen Untersuchung auf meine Kosten entfallen die Wartezeiten. Geht das ärztliche Zeugnis auf einem Formular des Versicherers nicht innerhalb von 3 Wochen ab dem Tag der Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungs-gemäßen Wartezeiten.

Bestätigungen zum Einkommen

Bei Beantragung einer Verdienstausfall-/Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit ausdrücklich, daß das beantragte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch mein durchschnittliches versicherbares Nettoeinkommen – für Selbständige auf der Basis von 80% der Einkünfte (Gewinn) aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes bzw. für Arbeitnehmer auf der Basis von 80% des regelmäßigen Bruttoentgeltes – der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Diese Bestätigung gilt entsprechend bei beantragten Krankenhaustagegeldern für den einen Tagessatz von 50 Euro (einschließlich bereits bei anderen Gesellschaften bestehender oder beantragter Versicherungen) übersteigenden Betrag.

Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, daß der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifes/der beantragten Tarife dies vorsehen – für die Dauer von 3 Versicherungsjahren fest geschlossen wird und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungs-gemäß gekündigt wird. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr – unabhängig vom Versicherungsbeginn.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn

Mir ist bekannt, daß der Versicherungsvertrag frühestens zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und gegebenenfalls nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, daß ich gemäß §16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angeben muß. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Unvollständige oder unrichtige, aber auch bagatellisierende Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen und können – neben den bereits beschriebenen Folgen im Versicherungsfall – zu Verzögerungen bei der Entscheidung über den Antrag führen. Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann er dies unmittelbar gegenüber dem Vorstand in Köln schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muß innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheits- und Gebißzustand der zu versichernden Person(en), die bis zur

Annahme dieses Antrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen; dies gilt auch für eine eventuell eintretende Schwangerschaft und/oder die Beantragung einer weiteren Krankenversicherung.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, daß der Versicherer vor Vertragsschluß Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluß zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlaß bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlaß besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluß für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, daß bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend - und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, daß der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlaß besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, daß der Versicherer und dessen Dienstleistungsgesellschaften im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung, sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, daß die Unternehmen der AXA Konzern AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluß auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, daß die/der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt in Verbindung mit dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, welches fest mit diesem Antrag verbunden ist.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die Bankverbindung mit.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Eugène R. J. Teysen

Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;

Jörg Arnold, Thomas Michels, Noel Richardson.

Merkblatt zur Datenverarbeitung/ Datenschutz-Kundeninformation

(Stand 09.2005)

Vorbemerkung

Dienstleistungsunternehmen wie Versicherungen und Banken können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor mißbräuchlichen Handlungen als manuelle Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn Sie, der Kunde eingewilligt haben. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, daß Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse am Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung haben.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung, ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach den Vorschriften des BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch (außer in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung) schon mit der Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluß. Trotz Widerruf oder ganz oder teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung jede Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtige Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmißbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Solche Hinweissysteme gibt es beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband). Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmißbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer und Krankenversicherer

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten,
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten,
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmißbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Mißbrauchs.

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmißbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmißbrauch.

Unfallversicherer

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmißbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmißbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Schadenverhütung

5. Datenverarbeitung in Unternehmen des AXA Konzerns

Zum Schutz der Kunden werden einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kapitalanlagen) anbieten zu können, arbeiten unsere Gesellschaften im AXA Konzern zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen des AXA Konzerns abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen des AXA Konzerns abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen und deren Dienstleistungsgesellschaften innerhalb des AXA Konzerns abfragbar.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung des jeweiligen Unternehmens des AXA Konzerns.

In allen Fällen ist die Datenweitergabe nur im Einklang mit den Vorschriften des BDSG möglich. Deshalb benötigen wir Ihre persönliche Zustimmung. Das Vertrauen, das Sie uns damit gleichzeitig entgegenbringen, wissen wir zu schätzen. Wir werden deshalb mit der Weitergabe Ihrer Daten sehr sorgfältig umgehen und Ihr Einverständnis nicht zu Ihrem Nachteil nutzen.

Zur **AXA Konzern AG** gehören derzeit u. a. folgende Unternehmen und Beteiligungen:

AXA ART Versicherung AG
AXA Bank AG
AXA Customer Care GmbH
AXA Krankenversicherung AG
AXA Krankenversicherung Gesellschaft für die Betreuung von Maklern und Mehrfachagenten mbH
AXA Lebensversicherung AG
AXA Logistic Services GmbH
AXA Merkens Fonds GmbH
AXA Service AG
AXA Vermittlungs-Service GmbH
AXA Versicherung AG
Deutsche Ärzteversicherung AG
Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG
Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
Pro bAV Pensionskasse AG

Die vorgenannten Gesellschaften nutzen als Rechenzentrums-Dienstleister die AXA Technology Services Germany GmbH. Zur Bearbeitung von Versicherungsanträgen und Vertragsabwicklung setzen wir darüber hinaus die AXA Business Services Private Limited in Indien als Dienstleister ein.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften sowie Vermittlungsgesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zur Zeit **kooperieren wir mit:**

AXA Corporate Solutions AG
Berliner Handels- und Frankfurter Bank AG
BHW Bausparkasse AG
Deutsche Siedlungs- und Landesrentenbank, AöR
Deutsche Hypothekenbank AG
IKB Deutsche Industriebank AG
Jurpartner Rechtsschutz Versicherung AG
DWS Deutsche Gesellschaft für Wertpapiersparen mbH
Landeskreditbank Baden-Württemberg
Oppenheim Fonds Trust GmbH
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Finanz-Service GmbH der APO-Bank
ROLAND Assistance GmbH
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ROLAND Schutzbrief-Versicherung AG

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

Im Rahmen des Dienstleistungsangebotes unseres AXA Konzerns werden Sie durch einen unserer Vermittler (einen selbständigen Handelsvertreter, angestellten Außendienst-Mitarbeiter oder eine Vermittlungsgesellschaft) betreut.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluß und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Ihr Vermittler verarbeitet und nutzt selbst personenbezogene Daten im Rahmen Ihrer Betreuung. Auch er ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das jeweilige Unternehmen des AXA Konzerns Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wenn Sie wünschen, daß keine Beratung in Finanzdienstleistungen erfolgen soll, können Sie im Antrag den Textteil der Einwilligungserklärung „Ohne Einfluß auf den Vertrag ...“ streichen. Auch später ist jederzeit ein Widerruf möglich.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen (auch bezüglich der beim Rückversicherer gespeicherten Daten) wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten
Herrn Peter Mainzer, Postanschrift: AXA Konzern AG, 51171 Köln