

Antrag auf Krankenversicherung bei der AXA Krankenversicherung AG

Ihr Vermittler:



Antragsteller	Name <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 90%;" type="text"/>
---------------	---	--

Private Pflegepflichtversicherung (Für alle zu versichernden Personen – auch Kinder – zu beantworten)	bisher privat pflegepflichtversichert	1. Person	seit <input style="width: 80%;" type="text"/>	bei <input style="width: 80%;" type="text"/>	2. Person	seit <input style="width: 80%;" type="text"/>	bei <input style="width: 80%;" type="text"/>	
	Schriftliche Nachweise aller in einer privaten Pflegepflichtversicherung zurückgelegten Versicherungszeiten sind beizulegen (Polizienkopien, Arbeitgeberbescheinigungen können nicht anerkannt werden).							
	Regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen des Versicherten unter der Einkommensgrenze (siehe Rückseite)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Beantragung einer Ehegattenbeitragsermäßigung:		Regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen des Ehegatten unter der Einkommensgrenze (siehe Rückseite)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Der Ehegatte ist bei AXA pflegepflichtversichert.		<input type="checkbox"/> ja	Vers.Nr. <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vers.Nr. <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Der Ehegatte ist bei einem anderen PKV-Unternehmen pflegepflichtversichert.		<input type="checkbox"/> ja	(Nachweis erforderlich)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(Nachweis erforderlich)	

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. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben können zum völligen Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen!			
	1. Person		2. Person	
	Größe <input style="width: 80%;" type="text"/>	cm	Größe <input style="width: 80%;" type="text"/>	cm
Gewicht <input style="width: 80%;" type="text"/>	kg	Gewicht <input style="width: 80%;" type="text"/>	kg	
Haben Sie einen Hausarzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, geben Sie bitte – getrennt nach Personen – den Namen, die vollständige Anschrift und die Fachrichtung an.				
Person	Name und Anschrift des Hausarztes		Fachrichtung des Hausarztes	
1.	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	
2.	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	

	1. Bestehen Krankheiten oder Folgen von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen oder Operationen, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2. Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? Bitte geben Sie die Dioptrienzahl links und rechts an!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		L <input style="width: 40%;" type="text"/>	R <input style="width: 40%;" type="text"/>	L <input style="width: 40%;" type="text"/>	R <input style="width: 40%;" type="text"/>
	3. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	4. Bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung der Behinderung und dem Grad der Behinderung beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5. Bestanden in den letzten 5 Jahren ärztlich festgestellte Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen? (Diese können z.B. durch Unfälle, Operationen, Krankheiten, Amputationen oder Organspenden hervorgerufen sein.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6a. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Beratungen, Untersuchungen, Kontrolluntersuchungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker, Masseur oder andere Heilbehandler statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6c. Stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6d. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? Wenn ja, weswegen und in welchen Zeiträumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	7. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage eingenommen bzw. angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete Medikamente.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	8. Wurden in den letzten 5 Jahren ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	9. Fanden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen oder Gesprächstherapien statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	10. Wurden 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	11. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	12a. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen oder Therapien statt? (z.B. in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	12b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und VIA	13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss und Weisheitszähne gelten nicht als fehlender Zahn.) Bitte Anzahl und Position angeben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	14a. Finden zur Zeit zahnärztliche, kieferorthopädische, Parodontosebehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	14b. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	14c. Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gerichtsstand

Für die Fälle, 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 Aufsichtsbehörde

Soweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den Tarifbedingungen und den abgeschlossenen Tarifen sowie die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation noch nicht mit diesem Antrag übergeben werden, werden mir diese Unterlagen zusammen mit dem Versicherungsschein zugesandt. In diesem Falle kann der Versicherungsnehmer dem Vertragsabschluss innerhalb von 14 Tagen ab Zugang des Versicherungsscheines schriftlich widersprechen – Textform reicht aus .

Bestätigung 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 Krankentagegeldern für den einen Tagessatz von 50 Euro (einschließlich bereits bei anderen Gesellschaften bestehender oder beantragter Versicherungen) übersteigenden Betrag.

Gesamteinkommen / Einkommensgrenze

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des §2 Abs. 3 EStG. Dies sind neben den Einkünften aus selbständiger und nichtselbständiger Arbeit z.B. auch Einkünfte aus dem Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie Renten. Als Einkommensgrenze gilt hier 400 Euro/Monat aus geringfügiger Beschäftigung oder 345 Euro aus sonstigen Einkünften, zusammengenommen 400 Euro/Monat (Stand 2005). Bei Kindern bleiben Einkommen als Mitunternehmer aus landwirtschaftlicher Tätigkeit oder aufgrund einer gesetzlichen Dienstpflicht unberücksichtigt.

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 bedingungsgemäß gekündigt wird, und dass ein Versicherungsjahr – unabhängig vom Versicherungsbeginn – dem Kalenderjahr entspricht.

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 bagatelisierende 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.

Wichtig für Antragsteller und Vermittler

Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst ist der Versicherungsschutz in Gefahr. Im Interesse aller Beteiligten wird dringend die Einhaltung der Schriftform empfohlen.

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 Risikoprüfung 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 veranlassenden 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 Anträge, 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 nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mit diesem Antragsformular fest verbunden ist.

Einwilligung zur Auskunftseinholung

Ferner willige ich ein, dass der Versicherer Auskünfte über meine Person bei Wirtschaftsauskunfteien im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung einholt. Dazu werden Daten in erforderlichem Umfang an solche Auskunfteien weitergegeben. Diese sind berechtigt, dem Versicherer übliche Auskünfte (z.B. Bonität) zu erteilen. Insofern sind diese von einer eventuellen Schweigepflicht befreit.

Versichererwechsel

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

Erstattungskonto

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

AXA Krankenversicherung AG

Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

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

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Claus-Michael Dill;

Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;

Jörg Arnold, Dr. Joachim von Rieth, Noell Richardson.

24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 - 55 66 22

Merkblatt zur Datenverarbeitung / Datenschutz-Kundeninformation

(Stand 09.2004)

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 Wahrnehmung 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 wichtigen 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 des Betroffenen 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**.

5. Datenverarbeitung in den 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 sog. 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 Bausparkasse AG
AXA Bausparkasse Vertriebs- und Service GmbH
AXA Customer Care GmbH
AXA Krankenversicherung AG
AXA Krankenversicherung Gesellschaft für die Betreuung von Maklern und Mehrfachagenten mbH
AXA Lebensversicherung AG
AXA Merckens Fonds GmbH
AXA Service AG
AXA Vermittlungs-Service GmbH
AXA Versicherung AG
AXA "die Alternative" Versicherung AG
Deutsche Ärzte-Versicherung AG
Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG
Deutsche Ärzteversicherung Vermittlungs- und Finanzberatungs-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.

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 Solution AG; AXA Technology Services Germany GmbH (Rechenzentrum); Berliner Handels- und Frankfurter Bank AG; BHW Bausparkasse AG; Deutsche Siedlungs- und Landesrentenbank, AöR; Deutsche Hypothekenbank AG; IKB Deutsche Industriebank AG; Jurpartner Versicherung AG; DWS Deutsche Gesellschaft für Wertpapiersparen mbH; Landeskreditbank Baden-Württemberg; Oppenheim Fonds Trust GmbH; Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG; Finanz-Service GmbH der Deutschen APO-Bank; Roland Assistance GmbH; Roland Rechtsschutz-Versicherung-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 Außen-dienst-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.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst personenbezogene Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Jeder Vermittler 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 bei Rückversicherer gespeicherten Daten) wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten

AXA Konzern AG
Herrn Peter Mainzer, Postanschrift: 51171 Köln