



Antrag auf Krankenversicherung - Musterantrag -

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen unmittelbar den Versicherungsschein oder vorab eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.



Hinweise für die Antragsaufnahme

Vermittlerangaben
Bei fehlender oder unvollständiger Angabe verzögert sich die Bearbeitung bzw. der Provisions-/Courtagefluss.

Berufliche Tätigkeit
Bitte genaue Berufsangaben: nicht „Handwerker“, sondern z. B. „Tischler“, nicht „Selbstständiger Kaufmann“, sondern z. B. „Bäcker“.

Hinweis:
Wenn Tarif ActiveMe beantragt wird, dann muss dieser Absatz vom Versicherungsnehmer beantwortet werden.

Zustimmung zur digitalen Kommunikation

Wichtiger Hinweis – nicht vergessen!

„Selbstständig seit“
ist unverzichtbar bei Selbstständigen wegen Prüfung Existenzgründer.

Umsetzung des Bürgerentlastungsgesetzes (BEG)



Antrag auf Krankenversicherung bei der AXA Krankenversicherung 21001479 (04.19)

Bitte in Blockschrift ausfüllen

NL/VD 5 0 1 1 BD 00 AB 1 0 0 0 Verm. Nr. Org.KZ Motiv GSG PV GM AF OD AF ZUW Versicherungsnummer SV-VK-Nr. Neuantrag Änderungsantrag

Fremdschlüssel

Antragsteller/-in Herr Name Mustermann Vorname Hans Titel Frau Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) Musterallee 1 PLZ, Ort (1. Wohnsitz) 50111 Musterbach

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr, PLZ, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche Schreiner Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) 23.12.1975 Staatsangehörigkeit deutsch

Telefon _____ Telefax _____

Privatwirtschaft Arbeiter/in/Angestellte/-r Selbstständige/-r/Freiberufler Heilberufe Bundeswehr
 Öffentlicher Dienst Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) Hausfrau/-mann Student/-in-/Schüler/-in Sonstige

Für ActiveMe verpflichtend zu beantworten

Mobiletelefon _____ E-Mail _____

Personalausweis (deutsch) Reisepass (deutsch) Sonstiges (für Ausweisnummer ausländischer Kunden)
 Ausweisnummer _____ Gültig bis (Tag/Monat/Jahr) _____
 Ausstellende Behörde _____

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 AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

AXA/DBV-Vorversicherung Sind oder waren Sie/die zu versichernden Personen bereits bei AXA/DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? ja nein Versicherungsnummer _____

Zu versichernde Personen

| 1. Person | 2. Person |
|---|---|
| Name, Geburtsname* (sofern abweichend vom Namen) <u>Mustermann</u> | Name, Geburtsname* (sofern abweichend vom Namen) <u>Mustermann</u> |
| Vorname/n (alle Vornamen*) <u>Hans</u> | Vorname/n (alle Vornamen*) <u>Ulrike</u> |
| Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) <u>23.12.1975</u> Geburtsort* <u>deutsch</u> Staatsangehörigkeit <u>deutsch</u> | Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) <u>26.01.1995</u> Geburtsort* <u>deutsch</u> Staatsangehörigkeit <u>deutsch</u> |
| ausgeübte berufliche Tätigkeit <u>Schreiner</u> | ausgeübte berufliche Tätigkeit <u>Studentin</u> |
| Voraussichtliches Ausbildungs-/Studienende Tag/Monat/Jahr _____ | Voraussichtliches Ausbildungs-/Studienende Tag/Monat/Jahr <u>01.05.2019</u> |
| Voraussichtlicher Verbeamtungs-termin Tag/Monat/Jahr _____ | Voraussichtlicher Verbeamtungs-termin Tag/Monat/Jahr _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Heilberufe <input type="checkbox"/> Arbeiter/in/Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Bundeswehr <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Student/-in-/Schüler/-in <input checked="" type="checkbox"/> Selbstständige/-r/Freiberufler | <input checked="" type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Heilberufe <input type="checkbox"/> Arbeiter/in/Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Bundeswehr <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin (inkl. Polizei und Feuerwehr) <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> Student/-in-/Schüler/-in <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r/Freiberufler |
| - selbstständig seit <u>01.04.2000</u> | - selbstständig seit _____ |
| - Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter _____ | - Anzahl sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter _____ |
| - Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift _____ | - Firmenname und -anschrift oder Praxisanschrift _____ |

Zustimmung zur Datenübermittlung und Steueridentifikationsnummer
Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der AXA Krankenversicherung den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Antragsteller/ ja nein 1. Person ja nein 2. Person ja nein
 Versicherungsnehmer Steuer-ID (11-stellig) _____ Steuer-ID (11-stellig) _____ Steuer-ID (11-stellig) _____
 Trotz Aufforderung wird die Steuer-ID-Nr. nicht angegeben und soll von der AXA Krankenversicherung ermittelt werden



21001479 (04.19)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Weiterhin bestehende Versicherungen

Bei anderen Unternehmen bestehende Zusatzversicherungen könnten zu unnötigen Doppelversicherungen führen, die vermieden werden sollten. Anderweitig bestehende Tagegeldversicherungen müssen auf das zu versichernde Nettoeinkommen angerechnet werden.

Angaben erforderlich wegen staatlicher Förderung von 5,00 Euro monatlich

Pflegepflichtversicherung

Die Angaben zur Pflegepflichtversicherung müssen für alle zu versichernden Personen ausgefüllt werden. Nur mit vollständigen Angaben kann der korrekte Beitrag des Pflegepflichttarifes ermittelt werden. Bei fehlenden Angaben oder Unterlagen darf keine Beitragsfreiheit bei Kindern gewährt werden. In diesen Fällen ist der Versicherer verpflichtet, den zum Eintrittsalter gültigen Tarifbeitrag zugrunde zu legen.

Besonders wichtig sind die Angaben zum Gesamteinkommen – auch bei Kindern jeden Alters!

Weitere Informationen enthält das Kapitel „Pflegeversicherung“

Pflegepflichtversicherung

Die Angaben zur Pflegepflichtversicherung müssen für alle zu versichernden Personen ausgefüllt werden. Nur mit vollständigen Angaben kann der korrekte Beitrag des Pflegepflichttarifes ermittelt werden. Bei fehlenden Angaben oder Unterlagen dürfen keine Beitragsvergünstigungen bei Ehegatten gewährt werden. In diesen Fällen ist der Versicherer verpflichtet, den zum Eintrittsalter gültigen Tarifbeitrag zugrunde zu legen.

Besonders wichtig sind die Angaben zum Gesamteinkommen.

Weitere Informationen enthält das Kapitel „Pflegeversicherung“

Angaben zum Gesundheits- und Gebisszustand

Alle Gesundheitsfragen müssen genau und vollständig beantwortet werden. Besser zu viel als zu wenig angeben – reicht der Platz nicht aus ggf. Beiblatt zufügen. **Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen!**

Geben Sie immer die Dioptrienzahl an!

Hinweis

Die Frage zum unerfüllten Wunsch nach eigenen Kindern bitte auch von Männern beantworten lassen.

Wenn ActiveMe beantragt wurde, dann bitte Angaben für die letzten 6 Jahre machen.

Wenn ActiveMe beantragt wurde, dann bitte Angaben für die letzten 8 Jahre machen.

Unterschied zwischen Behinderung und Schwerbehinderung: bei einer Behinderung liegt der Grad der Behinderung (GdB) <50, bei einer Schwerbehinderung von 50-100

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in | | Name Mustermann | | Vorname Hans | |
| Weiterhin bestehende Versicherungen <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____ <input type="checkbox"/> Tagegeldversicherungen (z. B. Krankentagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagegeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagegeldhöhe _____ Versicherer _____ | | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz, Pflegezusatz) Versicherungsart _____ Versicherer _____ <input type="checkbox"/> Tagegeldversicherungen (z. B. Krankentagegeld (KHT), Krankentagegeld (KT), Pflegegeld (PT), Kurtarif). Bitte Tagegeldhöhe angeben. Versicherungsart _____ Tagegeldhöhe _____ Versicherer _____ | | Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) 6 5 9 8 7 6 3 2 5 4 8 8 Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| Nur anzugeben/zu beantworten, wenn der Tarif GEPV (PflegeBahr) beantragt wird Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitzuversichernde Kinder/Jugendliche) 1. Zusätzliche Fragen, wenn eine beitragsfreie Pflegepflichtversicherung für ein Kind beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommengrenze und zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung. Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen liegt (s. a. Antragsrückseite) <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 445 EUR <input type="checkbox"/> über 445 EUR bis 450 EUR <input checked="" type="checkbox"/> über 450 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer) 2 3 5 8 7 4 6 9 1 2 6 8 Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input checked="" type="checkbox"/> bis 445 EUR <input type="checkbox"/> über 445 EUR bis 450 EUR <input type="checkbox"/> über 450 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Fragen zur beantragten Pflegepflichtversicherung (Für mitzuversichernde Ehegatten/eingetragene Lebenspartner) 2. Zusätzliche Fragen, wenn eine Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner beantragt wird. Voraussetzung zur Beitragsvergünstigung: s. Antragsrückseite Gesamteinkommen/Einkommengrenze und zusätzliche Hinweise zur Pflegepflichtversicherung. 2.1. Zumindest ein/e Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in ist seit dem 01.01.1995 durchgehend privat pflegepflichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2.2. Weitere Angaben zur Beitragsermäßigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, falls der/die Ehepartner/-in/eingetragene Lebenspartner/-in nicht unter Person 1 oder 2 aufgeführt ist. Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in _____ von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Versicherungsunternehmen _____ Name des/r Ehegatten/-in / eingetragenen Lebenspartners/-in _____ von/bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Versicherungsunternehmen _____ (Eine aktuelle Bescheinigung – s. Antragsrückseite Pflegepflichtversicherung/Fremdversicherungsachweis – ist einzureichen) Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen des/der Ehegatten/-in/eingetragenen Lebenspartners/-in liegt (s. a. Antragsrückseite) <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 445 EUR <input type="checkbox"/> über 445 EUR bis 450 EUR <input type="checkbox"/> über 450 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kein regelmäßiges mtl. Gesamteinkommen <input type="checkbox"/> bis 445 EUR <input type="checkbox"/> über 445 EUR bis 450 EUR <input type="checkbox"/> über 450 EUR Geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Angaben zum Gesundheitszustand Beantworten Sie alle Fragen 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 beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen. | | 1. Person 2. Person Größe cm Gewicht kg 1,82 98 1,50 56 | | 1. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille/Kontaktlinsen) oder ist eine solche notwendig/angeraten? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Wenn ja, geben Sie bitte die Dioptrienzahl links/rechts an. L 0,75 R 1,25 L _____ R _____ | |
| 2. Bestehen Krankheiten (z. B. auch Augenerkrankungen), Behinderungen, Schwerbehinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder tragen Sie Körperimplantate (keine Zahnimplantate) – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | 3. Finden oder fanden in den folgenden Zeiträumen ambulante oder stationäre Behandlungen, Operationen, Beratungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen, Therapien oder Verordnungen/Einnahme von Medikamenten – auch aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern – durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt? ambulant – in den letzten 3 Jahren <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein stationär – in den letzten 5 Jahren (für ActiveMe-U(A) bitte die letzten 6 Jahre angeben) <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein 3a. Sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | 4. Finden oder fanden in den letzten 5 Jahren aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien oder Verordnungen/Einnahme von Medikamenten durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen statt? (für ActiveMe-U(A) bitte die letzten 8 Jahre angeben) <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| 5. Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | 6. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Dienstunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung Behinderung/Schwerbehinderung beifügen. <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | 7. Liegt bei Ihnen eine HIV-/Aids-infektion vor oder steht noch ein Testergebnis aus? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | |

21001479 (04.19)

Hinweise für die Antragsaufnahme

Hinweis
Bitte füllen Sie die in diesem Antrag enthaltene Persönliche Erklärung Zahnschäden aus. Diese benötigen wir für die Antragsbearbeitung.

Nutzen Sie den vorhandenen Platz für ausführliche Angaben. Rückfragen können so vermieden werden.
Geben Sie bitte immer exakt die Diagnose (genaue Krankheitsbezeichnungen), Untersuchungs-/Behandlungsdaten und Namen sowie Anschriften der Behandler, einweisenden und/oder nachbehandelnden Ärzte an. Sämtliche Arten von Schmerzen sind Symptome, jedoch keine Diagnosen. Sammelbegriffe wie „Unterleibsleiden“ oder „Rückenschmerzen“ genügen hier nicht. Richtig wäre z. B. „Myom an der Gebärmutter“ oder „Bandscheibenvorfall“. Formulierungen wie „entfällt“ und das Zusammenfassen mehrerer Fragen mit Klammern sind unzulässig und ziehen zwangsläufig Rückfragen nach sich. Fehlende oder unvollständige Angaben zu Ärzten (z. B. Adressen, Fachrichtung) können die Antragsbearbeitung verzögern.

Bitte angeben:
„Kontrolluntersuchung“ (nach einer Erkrankung) oder „Vorsorgeuntersuchung“ (Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen).

Vollständige Angaben zum Hausarzt sind auch im Leistungsfall sehr wichtig (Anerkennung als Hausarzt)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|---|--|--|--|--|---|----------|---|--|-------------------|--|-------------------|
| Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in | | Name Mustermann | | Vorname Hans | | | | | | | | | | |
| Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz und Optionstarife | 8. Fehlen Zähne, die noch nicht endgültig ersetzt sind? Bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, fehlende Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.) | | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl 2 | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Anzahl | | | | | | | | | | |
| | 8a. Befinden Sie sich zurzeit in einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen oder kieferorthopädischen Behandlung bzw. Beratung oder ist eine solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (ggf. Kostenvorschlag beifügen) | | | | | | | | | | | | | |
| | 8b. Tragen Sie eine Schiene/einen Retainer? Wenn ja, kreuzen Sie bitte das Zutreffende an | | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eine Aufbisschiene <input checked="" type="checkbox"/> eine Knirscherschiene <input type="checkbox"/> eine Retentionsschiene <input type="checkbox"/> eine Protrusionsschiene <input type="checkbox"/> einen Retainer | | | | | | | | | |
| 8c. Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose/Parodontitis usw.), Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Hinweis Ist mindestens eine der Fragen 8, 8a, 8c mit „ja“ beantwortet und bei Frage 8b eine Schiene oder ein Retainer angekreuzt, beachten Sie bitte die Persönliche Erklärung Zahnschäden. Trifft eine der darin enthaltenen Besonderen Vereinbarungen auf den beantragten Tarif und die Beantwortung der Frage zu, ist die in diesem Antrag enthaltene Persönliche Erklärung Zahnschäden auszufüllen und das Einverständnis des Kunden einzuholen. | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Person/en und der Ziffer/n 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 Antragsteller/von der Antragstellerin und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen. | | | | | | | | | | | | | | |
| Genauere Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/ Art der Beschwerden/Art der Behandlungen – ambulant oder stationär – in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren sowie Art der Therapie (z.B. Gesprächs-/Ergotherapie, Logopädie), Art des Körperimplantats/Fremdmaterials/Art und Anwendungszeit der Medikamente (dazu zählt auch die Anwendung von Salben, Tropfen, Spritzen) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Person | zu Frage | 1 | Weitsichtigkeit | behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr) | 3/08-lfd. | amb. stat. | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Arbeitsunfähig von – bis (Tag/Monat/Jahr) | - | Folgenlos ausgeheilt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Durchgeführte Behandlung/en (Therapie) | Brille | Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welcher Befund wurde erhoben/welche Folgen bestehen? | nein/keine |
| | | 3 | Grippe | 1/2015 | 3/08-lfd. | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | - | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Inhalation | nein/keine | | |
| 2. Person | | 3 | gynäkologische Vorsorge | 4.10.18 | 3/08-lfd. | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | - | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Vorsorge | o.B. | | |
| Angaben zu Ärzten/Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen | | | | | | | | | | | | | | |
| vers. zu Frage | Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen | Fachrichtung | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 Dr. Schmitz, Rheinstr. 12, 50111 Musterbach | Prakt. Arzt | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 3 Dr. Schmitz, Rheinstr. 12, 50111 Musterbach | Prakt. Arzt | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 3 Dr. Müller, Bachweg 8, 50111 Musterbach | Internist | | | | | | | | | | | | |
| Prüfungen/vereinbarungen | | | | | | | | | | | | | | |
| gesundheits-service360 In der Krankheitskostenvolversicherung: Unterstützung zu Prävention und Motivation sowie medizinische Begleitung im Krankheitsfall | | | | | | | | | | | | | | |
| Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per Fax an 0221 148-36 202 oder per E-Mail an info@axa.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten | | | | | | | | | | | | | | |
| – durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.), – im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.), – bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG (unter 3.) und – wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.). | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 21001479 (04.19) | | | | | | | | | | | | | | |

Hinweise für die Antragsaufnahme

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungs Zwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten erforderlich, sodass wir auf Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärung werden wir auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

Ausgehändigte Unterlagen Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife erhalten. Ich wünsche die nochmalige Zustellung der Versicherungsbedingungen mit dem Versicherungsschein. Unterschrift des/der Antragstellers/-in – ggf. als gesetzliche/r Vertreter/-in mitzuversichernder Personen

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages. Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.

Information zur Verwendung Ihrer Daten Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den nachfolgenden Seiten in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) Für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG unwiderruflich, die Zulage, und soweit eine solche noch nicht vergeben ist, die Zulagenummer zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden.

Zudem bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfülle. Diese sind:

1. Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.
2. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.
3. Ich beziehe zur Zeit keine Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI aus der Pflegeversicherung und habe solche auch noch nicht bezogen. Für einen Leistungsbezug ist auf das Datum abzustellen, das der Leistungsbescheid der Pflegekasse bzw. die Leistungsmitteilung des privaten Versicherungsunternehmens für den Leistungsbeginn nennt.

Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Riester-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagenummer abzufragen.

Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge VARIO

AXA verzichtet bei der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung – Tarif GEVP – auf die Wartezeiten gemäß § 5 MB/GEVP. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsfragen zum Tarif Pflegevorsorge VARIO wahrheitsgemäß beantwortet wurden, eine positive Gesundheitsprüfung erfolgt und dem Abschluss des Tarifes VARIO nicht widersprochen wird.

Mir ist bekannt, dass nur unter diesen Voraussetzungen die Wartezeiten in der zeitgleich beantragten Pflegezusatzversicherung GEVP entfallen.

Eine Bestätigung über den Entfall der Wartezeiten erhalte ich von AXA noch einmal mit dem Versicherungsschein.

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum 20.03.2019 Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Unterschrift Antragsteller/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

Ich bestätige die Angaben mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erklärungen (frühestens mit Alter 16) und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

Bitte weisen Sie den Antragsteller darauf hin, dass er die hier aufgeführten Voraussetzungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung erfüllen muss, wenn er den Tarif GEVP beantragt.

Vertragsabschluss in Deutschland und Datum
Diese Angaben sind aus vertragsrechtlichen Gründen wichtig und daher immer einzutragen.

Hilfreich wäre die Angabe einer Telefonnummer für Rückfragen



21001479 (04.19)

Gehen Sie mit dem Antragsteller sicherheitshalber noch einmal alle Angaben, insbesondere die Gesundheitsfragen, durch und legen Sie ihm vor Unterzeichnung des Antrages die in diesem Antrag deutlich gekennzeichnete gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG zur Kenntnis vor. Geben Sie dem Antragsteller immer eine Antragskopie. Unterschriften – des Antragstellers, aller zu versichernden Personen ab Alter 16 und des Vermittlers – sind aus vertragsrechtlichen Gründen wichtig. Ausserdem ist eine verbindliche Aussage unsererseits nur dann möglich, wenn die Antragsangaben unterschriftlich bestätigt sind.

Hinweise für die Antragsaufnahme

Das **SEPA - Lastschriftmandat** ist ab 01.02.2014 wichtiger Bestandteil des Antrages und mit diesem einzureichen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschritfeinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097
 Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel _____
 Anrede H E R R _____
 Vorname Kontoinhaber H A N S _____
 Nachname Kontoinhaber M U S T E R M A N N _____
 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) 2 3 . 1 2 . 1 9 7 5 _____
 Straße, Hausnummer M U S T E R A L L E E 1 _____
 PLZ, Ort 5 0 1 1 1 M U S T E R B A C H _____
 Land D E U T S C H L A N D _____
 Kreditinstitut M U S T E R K R E D I T I N S T I T U T _____
 IBAN _____
 BIC _____
 bzw. _____
 Kontonummer 1 0 0 2 0 0 3 1 1 _____
 BLZ 1 0 0 2 0 0 3 1 _____
 Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.
 Ort, Datum M U S T E R B A C H, D E N, 2 0. 0 3. 2 0 1 9 _____
 Unterschrift(en) H A N S M U S T E R M A N N



Hinweise für die Antragsaufnahme

Diese Zusatzklärung ist immer auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag von einem Beamten, Richter oder Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst/Sektor und/oder deren Familienangehörige handelt.

Familienstand + Anzahl der beihilfeberechtigten Personen

Die Angaben zum Familienstand, zum Beihilfeanspruch und **zur Anzahl** der beihilfeberechtigten Personen müssen für alle zu versichernden Personen beantwortet werden. Unvollständige Daten verzögern die Antragsbearbeitung und gefährden künftig notwendige Bestandsaktionen wegen Änderung der Beihilfeverordnungen. Diese Daten sind die Basis für künftige Bestandsaktionen wegen Änderung der Beihilfeverordnungen. Nur mit korrekten und vollständigen Daten können effektive Bestandsaktionen vorbereitet und durchgeführt werden.

Änderung/Wegfall Beihilfe

Sofern es sich um einen Veränderungs-/Umstellungsantrag wegen Änderung oder Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe handelt, ist hier der Zeitpunkt der jeweiligen Beihilfeänderung einzutragen.

Wichtige Angaben zur Antragsprüfung!

Persönliche Erklärung für Tarif Vision B

Die Erklärung zum Tarif Vision B ist immer abzugeben, wenn der Tarif Vision B beantragt wird und die zu versichernde Person mind. 18 Jahre alt ist oder der Antragsteller mind. 16 Jahre alt ist und in einem Ausbildungsverhältnis steht.

Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|
| Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in | | Name | | Vorname | | |
| Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch | 1. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP1 _____ Beihilfevorschrift**) VP1 _____ Hinweis zu *) **) : Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzklärung dargestellt haben. Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat _____ Jahr _____ Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin) | | | 2. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP2 _____ Beihilfevorschrift**) VP2 _____ Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat _____ Jahr _____ Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin) | | |
| | Soldaten/Zeitsoldaten Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) _____ | | | Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) _____ | | |
| | Auslandseinsatz/ Tätigkeit im Ausland Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____ | | | Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____ Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____ | | |
| | Umstellungs-service Tarifgruppe B und Vision B Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungs-service können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWFH (gilt nicht für Polizei- bzw. Feuerwehrbeamte) Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert. | | | Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert. | | | |
| Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-N bzw. Vision B-U, BN3 bzw. BN3/1-N bzw. BN3/1-U, BN3/2-N bzw. BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person _____ <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen | | | Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person _____ <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen | | | |
| Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat und nicht beabsichtigt, in Zukunft zu rauchen. Als Raucher/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17 % des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20% für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird. Werde ich nach Vertragsabschluss Raucher/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird. Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U bzw. BN HF-UZ und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in | | | | | | |
| Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen: 00 7,00 EUR 50-U, 50T, 50-NT, 50T-U 3,50 EUR 30 2,10 EUR 20 1,40 EUR 15 1,05 EUR 20 15 1,40 EUR 25 15 1,75 EUR 25 1,75 EUR | | Tarif BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ 50 2,00 EUR 30 2,80 EUR 20 2,80 EUR 15 3,40 EUR 20 2,80 EUR 25 3,00 EUR 25 3,00 EUR BN-HF-UZ 2,80 EUR | | Tarif Vision B, Vision B-N, Vision B-U mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen: 30 15 2,10 EUR 35 20 2,45 EUR 35 2,45 EUR 40 25 2,80 EUR 40 2,80 EUR 45 30 3,15 EUR 45 3,15 EUR 50 35 3,50 EUR 50 3,50 EUR | | |
| (Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 2,80 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 2,00.) Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben. | | | | | | |



Hinweise für die Antragsaufnahme



Persönliche Erklärung bei vorvertraglichen Zahnschäden ARL-U, AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), Vision B-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Komfort Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A), VIA-Reihe

zum Antrag vom
20.03.2019

für
Hans Mustermann

Vers.-Nummer

OE/Sachbearbeiter

Datum

20.03.2019

Betroffene Zähne Zahnschema: Bitte kennzeichnen Sie die fehlenden Zähne mit f und die behandlungsbedürftigen Zähne mit b.

| (links) | | | | | | Ihr Oberkiefer | | | | | | (rechts) | |
|---------|------|----|----|----|----|-----------------|----|----|----|----|----|----------|----|
| 27 | F 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | F 16 | 17 |
| 37 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
| (links) | | | | | | Ihr Unterkiefer | | | | | | (rechts) | |

Besondere Vereinbarung Bitte die entsprechende Vereinbarung ankreuzen!

- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen (BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A))**

Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen bleiben im Tarif BN1/1-U(A) und BN1/2-U(A) – sofern beantragt – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen (Tarife AWFH, Premium Zahn-U(A))**

Für die Behandlung und den Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen besteht erst nach einer Wartezeit von zwei Jahren Anspruch auf die tariflichen Leistungen für erstattungsfähige Aufwendungen. Im 3. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen bis zu einem Erstattungsbetrag von 525 EUR und im 4. Jahr nach Tarifbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.050 EUR erbracht. Ab dem 5. Jahr nach Tarifbeginn werden die tariflichen Leistungen erbracht. Tarifbeginn ist bei Abschluss des Tarifs AWFH der Zeitpunkt, zu dem in eine Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird. Sofern dann der Tarif BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), bzw. VisionB-U(A) besteht, sind die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen vom Versicherungsschutz des Tarifes BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), bzw. VisionB-U(A) ausgeschlossen.
- bei bis zu 5 fehlenden Zähnen (Tarife BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), Vision B-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.
- bei 5 - 6 fehlenden Zähnen (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A))**

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR

Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- bei 6 fehlenden Zähnen (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), Premium Zahn-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema als fehlend angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
- bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer/kieferchirurgischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A)), wenn es sich nicht um eine Behandlung wegen fehlender Zähne handelt. In diesem Fall ist die entsprechende besondere Vertragsvereinbarung für fehlende Zähne (4.) anzukreuzen. Sofern lediglich Zahnsteinentfernung, Füllungen, Einlagefüllungen (Inlays) oder Wurzelkanalbehandlungen (Endodontie) angeraten wurden bzw. laufend behandelt werden, verzichtet die AXA Krankenversicherung AG auf eine gesonderte Leistungseinschränkung.**

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische/kieferchirurgischer Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Abschluss sämtlicher Behandlungen einschließlich Folgebehandlungen. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherers einzureichen.

ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR

Komfort Zahn-U(A) 500 EUR
- bei behandlungsbedürftigen Zähnen, die nicht fehlen oder im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen/kieferchirurgischen Behandlung oder einer Zahnbetterkrankung stehen (In diesen Fällen ist die jeweils zutreffende besondere Vertragsvereinbarung anzukreuzen). (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), Premium Zahn-U(A), Vision B-U(A))**

Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angetretenen/beabsichtigten zahnärztlichen Behandlungen der im Zahnschema angegebenen Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.



21001479 (04.19)

Hinweise für die Antragsaufnahme

8. bei behandlungsbedürftigen Zähnen inkl. kieferorthopädischer Behandlung sowie Zahnbetterkrankungen bzw. bei 1-5 fehlenden Zähnen (Tarife VIA, VIA Med, VIA Plus)
- Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen/beabsichtigten zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlungen einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten bei Wahrnehmung der Option in den gewählten Tarifen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.
9. bei Zahn- und Kieferfehlstellungen (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
- Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.
10. bei Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.) (Tarife AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), BN HF-UZ(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), Vision B-U(A), Premium Zahn-U(A))
- Es ist vereinbart, dass für die laufenden bzw. angeratenen Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, keine Leistungspflicht besteht. Beim Tarif AWFH gilt die Vereinbarung für die bei Wahrnehmung der Option gewählten Tarife.

11. Aufbisschiene/Knirscherschiene (Tarife BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), Vision B-U(A), Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A))

| Dieser Festbetrag beträgt | im Tarif | mit den Erstattungssätzen |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 20 EUR | Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A) BZ-U(A) | je nach Tarifleistung 70 |
| <input type="checkbox"/> 10 EUR | BZ-U(A) Vision B-U(A) | 65, 60, 55, 50T, 50, 45, 40 50T, 50, 5035, 45, 4530, 40, 4025 |
| <input type="checkbox"/> 6 EUR | BZ-U(A) Vision B-U(A) | 35, 30, 25 35, 3520, 30, 3015, 25, 2515 |
| <input type="checkbox"/> 4 EUR | BZ-U(A) Vision B-U(A) | 20, 15 20, 2015, 15 |

Alternativ zum Festbetrag: Leistungsausschluss

Für alle Tarife:

- Es ist vereinbart, dass für die Aufbisschiene/Knirscherschiene keine Leistungen aus dem Tarif erbracht werden.

(Tarife AWFH, VIA, VIA Med, VIA Plus)

- Es ist vereinbart, dass bei Wahrnehmung der Option für die Aufbisschiene/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des gewählten Zahnversicherungsschutzes, ein Festbetrag zwischen 4,00 – 20,00 EUR erhoben wird. Alternativ kann auf Antrag geprüft werden, ob Leistungen für die Aufbisschiene/Knirscherschiene vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden können.

12. Retentionsschiene (Tarife ARL-U, Komfort Zahn-U(A), Kompakt Zahn-U(A))

Die Leistungen für zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlung (einschließlich Zahnersatz) sind pro Versicherungsjahr max. je nach Tarif begrenzt. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis der vollständigen Sanierung des Gebisses. Behandlungen, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig werden, sind hiervon nicht betroffen. Im Anschluss an diese Regelung gilt die tarifliche Zahnstaffel unter Anrechnung der bis dahin zurückgelegten Versicherungsdauer. Zur Überprüfung dieser Vereinbarung ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht mit Zahnstatus auf dem Formular des Versicherten einzureichen.

- ARL-U, Kompakt Zahn-U(A) 250 EUR
 Komfort Zahn-U(A) 500 EUR

(Tarife AWFH, Premium Zahn-U, VisionB-U(A), BZ15-U(A) bis BZ 70-U(A), BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), VIA, VIA Med, VIA Plus)

- Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

13. Retainer (ARL-U, AWFH, BN1/1-U(A), BN1/2-U(A), BZ 15-U(A) bis BZ 70-U(A), BN3/1-U(A), BN3/2-U(A), Vision B-U(A), Kompakt Zahn-U(A), Komfort Zahn-U(A), Premium Zahn-U(A), VZ-Zahn-U(A))

- Es ist vereinbart, dass Kosten für den Retainer einschließlich Leistungen für deren Anpassungen und Änderungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

(VIA, VIA Med, VIA Plus)

- Es ist vereinbart, dass bei Wahrnehmung der Option für den Retainer Leistungen für Anpassungen und Änderungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

Noch ein wichtiger Hinweis: Bitte schicken Sie die komplette Erklärung – also alle 2 Seiten inkl. ausgefülltem Zahnschema – unterschrieben an uns zurück. Vielen Dank.

Unterschrift Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers/Versicherungnehmers

Musterstadt, 20.03.2019

Ort/Datum Unterschrift der mitversicherten Person

