



# Antrag Krankenversicherung

Stand 1.2013

# Antrag

## Allgemeine Ausfüllhinweise

- Füllen Sie bitte alle Abschnitte des Antrags vollständig aus.  
So können wir Ihren Antrag effizient und schnell bearbeiten.
- Verwenden Sie möglichst Blockschrift und Großbuchstaben.
- Bitte denken Sie daran, am Ende des Antrags zu unterschreiben.
- Bitte senden Sie den Antrag – wenn erforderlich auch den Zahnärztlichen Befundbericht – vollständig ausgefüllt zurück an

ARAG Krankenversicherungs-AG  
Hollerithstraße 11  
81829 München  
Fax (0 89) 41 24-96 11

# ARAG Krankenversicherung/Pflegeversicherung



Ges. | Abschluss-VP | Abschluss-Orga | %-Anteil | VS-Versand über Außenst.  ja | Tel. Nr. AV | Fax Nr. AV

Neuantrag  Änderungsantrag, ARAG Vertrags-Nr. |  Invitatio-Antrag (Anfrage)

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss/die Änderung einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

Versicherungsbeginn Datum 0 1. | zugleich Monat der 1. Beitragsfälligkeit

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Herr Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum | Nationalität  led.  verh.  
 Frau

Straße, Hausnummer | Adresszusatz

PLZ | Wohnort | Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) | Fax (freiwillige Angabe)

Angestellter | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche | Wenn selbstständig, seit wann?  
 Selbstständiger

Steuer-Identifikationsnummer

Beitragszahlung  Ich wünsche die **widerrufliche Abbuchung** meiner Beiträge von folgendem Konto  zum 01. eines Monats  zum 15. eines Monats

Geldinstitut | Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Kontonummer (kein Sparkonto) | Bankleitzahl | Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Ich wünsche Überweisung

Zahlungsweise  jährlich (4 % Skonto)  ½-jährlich (2 % Skonto)  ¼-jährlich  monatlich

Zu versichernde Person 1

Herr Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) | Geburtsdatum | Nationalität  led.  verh.  
 Frau

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

Angestellter | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche | Wenn selbstständig, seit wann?  
 Selbstständiger

Steuer-Identifikationsnummer

Zu versichernde Person 2

Herr Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum | Nationalität  led.  verh.  
 Frau

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

Angestellter | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche | Wenn selbstständig, seit wann?  
 Selbstständiger

Steuer-Identifikationsnummer

## Tarife und Beiträge

Person 1					Person 2				
Bei-hilfe%	Tarif	Tagessatz	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag % Euro auf Cent runden	Bei-hilfe%	Tarif	Tagessatz	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag % Euro auf Cent runden

Monatlicher Gesamtbeitrag inkl. evtl. Zuschläge (Beitragsrate mindestens 5 Euro) Euro

Zuschläge, Leistungseinschränkungen Person 1 – Grund | Person 2 – Grund

Tarifwegfall Person 1 – Es entfällt Tarif | Person 2 – Es entfällt Tarif

Tarife, die unverändert bleiben, sind nicht angegeben

**Ergänzende Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

**Wo bestand am 1.1.1995 die Pflege-Pflichtversicherung?**

**Person 1**  GKV  PKV (Der Nachweis über die genauen Versicherungszeiten wird nachgereicht)  
**Person 2**  GKV  PKV (Der Nachweis über die genauen Versicherungszeiten wird nachgereicht)

**Bei Kindern:**  Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der Pflegeversicherung für  **Person 1**  **Person 2**

Bei dem / den alleinversicherten Kind / Kindern ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtvers. versichert (Bitte den aktuellen Nachweis einreichen.):

Vorname, Name des Elternteils	Unternehmen der privaten Krankenversicherung
-------------------------------	--

Gleichzeitig wird bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen\* (Def. s. Antragsrückseite) des jeweiligen Kindes nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2012: 375 Euro) bzw. für geringfügig Beschäftigte nicht über 400 Euro liegt, sowie die Voraussetzungen (s. Antragsrückseite) gegeben sind.

**Bei Ehe-/Lebenspartnern:**  Ich beantrage die Beitragsreduzierung des Ehepaar-/Lebenspartner-Gesamtbeitrags auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung für den nachfolgenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner:

Vorname, Name	Unternehmen, bei dem die Pflegeversicherung besteht	versichert seit?
---------------	---	------------------

Gleichzeitig wird bestätigt, dass das monatliche Gesamteinkommen\* (Def. s. Antragsrückseite) des Ehegatten bzw. Lebenspartners, nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2012: 375 Euro) bzw. für geringfügig Beschäftigte nicht über 400 Euro liegt, sowie die Voraussetzungen (s. Antragsrückseite) gegeben sind.

**Wartezeiten/Anrechnungszeiten**  
(Entsprechende schriftliche Nachweise sind vorzulegen)

- Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten in der Krankenvollversicherung auf Grund des unmittelbaren Übertritts aus einer gesetzlichen Krankenkasse/privaten Krankenversicherung.
- Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung auf die Wartezeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.
- Ich beantrage Wartezeiterlass für die Krankenversicherung auf Grund ärztlicher Untersuchung (Die Untersuchungskosten übernehme ich). Das Ärztliche Zeugnis muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung eingegangen sein, ansonsten gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

**Vorversicherungen**  
(Bestehende, bestandene, beantragte, abgelehnte)

Pers.	Krankenversicherung Versicherer/Kasse	Pflege-/Pflegezusatzversicherung Versicherer/Kasse	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Abgelehnt am

**Übertragungswert**

<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
<input type="checkbox"/> ja, endgültiger Nachweis anbei	<input type="checkbox"/> ja, endgültiger Nachweis anbei
<input type="checkbox"/> ja, vorläufiger Nachweis anbei	<input type="checkbox"/> ja, vorläufiger Nachweis anbei
<input type="checkbox"/> ja, Nachweis folgt	<input type="checkbox"/> ja, Nachweis folgt
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zu Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherungen**

a) Besteht anderweitig Versicherung für Krankenhaustagegeld?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Tagessatz/Euro <input type="text"/>	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Tagessatz/Euro <input type="text"/>
b) Besteht anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab <input type="text"/> Tag, Tagessatz/Euro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab <input type="text"/> Tag, Tagessatz/Euro <input type="text"/>
c) Monatliches Nettoeinkommen	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
d) Besteht bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehaltes? Wie lange?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> Tage

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit anderen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

**Angaben bei Vertragsänderungen**

a) Liegen Kostenbelege vor?	<b>Person 1</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Belege beifügen.	<b>Person 2</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Belege beifügen.
b) Stehen Kostenbelege aus? Wenn ja: Wegen welcher Beschwerden, Krankheiten (auch zahnärztliche Maßnahmen)? Behandlungszeit? Name und Anschrift des Arztes.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Beratungsprotokoll</b>	Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.						
<b>Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist</b>	Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt ( <b>nicht Zutreffendes bitte streichen</b> ). Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf ( <b>nicht Zutreffendes bitte streichen</b> ). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.						
<b>Widerrufsrecht</b>	Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10 und erhalten Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.						
<b>Information über ARAG Versicherungen/ Werbewiderspruchshinweis</b>	<input type="checkbox"/> Sie sind damit einverstanden, dass wir und die von uns beauftragten Versicherungsvermittler Sie über aktuelle Versicherungsangebote und Services zu den Sparten <input type="checkbox"/> Rechtsschutz <input type="checkbox"/> Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrtversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Lebensversicherung informieren. Die Informationen wünschen Sie <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per E-Mail/SMS Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten für Werbung, Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen bei: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefax +49 (0) 89 41 24-95 25, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de.						
<b>Einwilligung in die Datenübermittlung an die Finanzbehörden</b>	Bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und/oder Pflegepflichtversicherung: Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der ARAG Krankenversicherungs-AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.						
<b>Einwilligung in die Einholung von Wirtschaftsauskünften</b>	Sofern nicht gestrichen, willigen Sie ferner ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt und zum Zweck des Vertragsabschlusses Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten bezogen und genutzt. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.						
<b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I</b>	Der Text der Einwilligungs- /Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ARAG Krankenversicherungs-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 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten – durch die ARAG Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.), – bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG (unter 2.), – wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.) und – im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten, siehe Teil II im Anschluss an die Gesundheitsfragen. 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. <b>Teil I dieser wichtigen Erklärungen einschließlich zusätzlicher Informationen finden Sie auf der Rückseite des Antrags mit folgender Gliederung:</b> 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG 2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung 2.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) 2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen 2.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt						
<b>Unterschriften</b> (Vor- und Zunamen)	Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen ab. <b>Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I“ ab. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.</b> Auch haben Sie die übrigen Hinweise auf der Rückseite zur Kenntnis genommen.						
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="230 1915 815 1982">Ort/Datum</td> <td data-bbox="822 1915 1397 1982">Antragsteller</td> </tr> <tr> <td data-bbox="230 1993 815 2060">1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter</td> <td data-bbox="822 1993 1397 2060">zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="230 2072 815 2161">2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter</td> <td data-bbox="822 2072 1397 2161">zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)</td> </tr> </table>	Ort/Datum	Antragsteller	1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)	2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
Ort/Datum	Antragsteller						
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)						
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)						
*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres							

# Wichtige Hinweise/Erklärungen

## Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
im Allgemeinen ist es von Versicherungsunternehmen nicht erwünscht, dass eine bestehende private Krankenversicherung aufgegeben wird, um zu einer anderen Gesellschaft zu wechseln. Auch kann dies für den Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person mit Nachteilen verbunden sein.  
Bitte informieren Sie sich deshalb, bevor Sie einen bestehenden Vertrag kündigen. Am besten warten Sie vor der Kündigung auch die Annahme Ihres Antrags durch uns ab, damit Sie nahtlosen Versicherungsschutz haben.

## Tarif- und Bedingungsübersicht

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung), Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung) zusammen. Welche Teile I und II für die von Ihnen gewählten Tarife gültig sind, entnehmen Sie der nachfolgenden Übersicht.

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II)			
	MB/KK 2009	MB/KT 2009	MB/EPV 2009	MB/PPV 2012 (nur Teil I)
11	o			
181-185	o			
K	o			
200-209	o			
210-219	o			
21P70-21P90	o			
220-229	o			
230-239	o			
240-249	o			
261, 262	o			
271-277	o			

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II)			
	MB/KK 2009	MB/KT 2009	MB/EPV 2009	MB/PPV 2012 (nur Teil I)
281-283	o			
Z100, Z70, Z50/90	o			
Z90Bonus	o			
482	o			
483	o			
V100	o			
FlexiPro	o			
31-39		o		
520-529	o			
540-549	o			
680-689			o	
69			o	
800 (PVN)				o
810 (PVB)				o
251-259	o			

## Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen\* haben, das
  - ohne Berücksichtigung von Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung bzw. geringfügigen selbstständigen Tätigkeit regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2012: 375 Euro) nach § 18 SGB IV überschreitet und
  - einschließlich des Einkommens aus einer geringfügigen Beschäftigung bzw. geringfügigen selbstständigen Tätigkeit regelmäßig im Monat die Grenze von 400 Euro überschreitet.

## Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung in der Pflege-Pflichtversicherung für Ehe-/eingetragene Lebenspartner

Ehe-/eingetragene Lebenspartner haben Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn beide privat pflegeversichert sind und mindestens einer seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegeversichert ist. Außerdem darf einer der beiden kein Gesamteinkommen erzielen, das

## Erläuterungen zum Gesamteinkommen

\* Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG).

Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammen gerechnet (z.B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.). Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

regelmäßig ein Siebtel der monatl. Bezugsgröße (2012: 375 EUR) übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte (Minijob) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Pauschbetrag. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 9c Abs. 1 und 3 EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z.B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen, z.B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

## **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Sie müssen auch Umstände angeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, können Sie innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München schriftlich nachholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie den nachstehenden Informationen entnehmen.

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### **Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Ferner ist unser Kündigungsrecht bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ausgeschlossen. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Dies gilt auch, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, handelt. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. Bei einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, wird Ihre Kündigung gemäß § 205 Abs. 6 VVG erst wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ihre  
ARAG Krankenversicherungs-AG

# Wichtige Erklärungen zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I“

## 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.**

## 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ARAG Krankenversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.ARAG.de](http://www.ARAG.de) eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon (0 89) 41 24-82 00, [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 2.4. 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 ARAG Krankenversicherungs-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 Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

## 3. 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. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-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.**



# Gesundheitsfragen

## Allgemeine Ausfüllhinweise

- Die Gesundheitsfragen gehören zum Antrag, füllen Sie deshalb bitte das Formular vollständig aus.
- Bitte denken Sie daran, die Gesundheitsfragen und die Empfangsbestätigung am Ende des Formulars zu unterschreiben.
- Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit dem Antrag ein.

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG im Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen“.

**Gesundheitsangaben**

Antragsteller

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen? Wenn ja, bitte angeben, auch wenn sie als unwesentlich angesehen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. War in den letzten fünf Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kurufenthalt oder ein Aufenthalt in Sanatorien, in Heilanstalten etc. erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden in den letzten zwölf Monaten Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht Erwerbsminderung oder eine anerkannte Behinderung? Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des Bescheides mit Diagnosen beifügen!	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besteht eine Sterilität oder eine Infertilität, oder findet oder fand wegen unerfülltem Kinderwunsch ärztliche Behandlung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Größe und Körpergewicht?	<input type="text"/> / <input type="text"/> cm/kg		<input type="text"/> / <input type="text"/> cm/kg	
10. Wurde in den letzten zehn Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt bzw. ist eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne (ohne Milch-/Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben): Ab fünf fehlenden Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keine
c) Anzahl der durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keine
12. Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten drei (ambulante), fünf Jahre (stationär) bzw. zehn Jahre (bei psychischen Erkrankungen) am besten Auskunft geben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Person 1</b> Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers		
Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen?	Wann?	Weshalb?
<b>Person 2</b> Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers		
Wann und weshalb zuletzt in Anspruch genommen?	Wann?	Weshalb?

**Zusätzliche Gesundheitsangaben**

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen.

**Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 – 12, wenn mit ja beantwortet**

Pers.	Zu Frage	Genaue Diagnose, Art der Beschwerden, Verletzung, Untersuchung (was wurde festgestellt?) Welche Operation erfolgte? Medikamente?	Behandlung / Beschwerden		Behandlung abgeschlossen? Seit wann?	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser usw.: Wer kann Auskunft geben?
			von	bis		

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil II**

**Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

**1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die ARAG Krankenversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II:**

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

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

**2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

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

**Möglichkeit I:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben Möglichkeit I).

**Möglichkeit II:**

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

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben.

**Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil II“ ab. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.**

**Unterschriften**  
(Vor- und Zunamen)

Ort/Datum	
-----------	--

1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
---	--

2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
---	--

\*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

**Empfangsbestätigung**

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (**nicht Zutreffendes bitte streichen**):

Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen), Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

**Zusätzlich haben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I und Teil II“ erhalten und zur Kenntnis genommen.**

**Unterschriften**  
(Vor- und Zunamen)

Ort/Datum	Antragsteller
-----------	---------------

**Sie haben die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I und Teil II“ erhalten und zur Kenntnis genommen.**

1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
---	--

2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person *)
---	--

\*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

# Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung

## I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE                          | 4. ARAG Lebensversicherungs-AG |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Vif GmbH                    |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG     | 6. Interlloyd                  |

## II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 3. + 4.	ARAG SE	Datenschutz	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3. + 4.	ARAG SE	Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	freesort GmbH	Postbearbeitung	nein
	Infoscore Consumer Data GmbH/ Informa arvato services	Bonitätsprüfungen im Antragsprozess	nein
	T-Systems DDM GmbH	Druck und Versand	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Krankenversicherung Aktiengesellschaft	Leistungsbearbeitung	ja
	AttestExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	Ihr Rehabilitations-Dienst GmbH	Disease-Management	ja
ARAG Krankenversicherungs-AG	Allianz Global Assistance	Leistungsbearbeitung	ja
	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	ARBMED GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	avocis Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Bauer-Gesundheitsmanagement	Leistungsbearbeitung	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IMB Consult GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	innovas GmbH	DRG-Prüfung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Sevalis GmbH	DRG-Prüfung	ja
	Viamed GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
ARAG Lebensversicherungs-AG	ARAG SE	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IHD Service	Bonitätsprüfungen im Antragsprozess	nein

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
Interlloyd Versicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	AttestExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

### III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	ja
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutacher	Antrags-/Leistungsprüfung	ja
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	ja
	Lettershops/Druckereien	Druck von Postsendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Geltendmachung von Ansprüchen sowie Verteidigung gegen Ansprüche	ja
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Ärzte	Risiko-/Leistungsprüfung	ja
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	ja
	Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung	nein
	Sanierer	Schadensanierung	nein
	Schadensaußenregulierer	Schadensaußenregulierung	nein
	Scoringagenturen	Bonitätsabfragen	nein
	Werkstätten	Reparaturen	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
	Beratungsärzte	Antragsprüfung	ja
	medizinische Gutachter	Antrags-/Leistungsprüfung	ja
ARAG Lebensversicherungs-AG	berufskundliche Gutachter	Leistungsprüfung	ja
	Mathematische Beratungsunternehmen	Beratung	nein
	medizinische Gutachter	Antrags-/Leistungsprüfung	ja
	Versicherungsmathematische Gutachter	Rückstellungsberechnung	ja
Interlloyd Versicherungs-AG	Ärzte	Risiko-/Leistungsprüfung	ja
	Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung	nein
	Sanierer	Schadensanierung	nein
	Schadensaußenregulierer	Schadensaußenregulierung	nein
	Scoringagenturen	Bonitätsabfragen	nein

# Zahnärztlicher Befundbericht

## Allgemeine Ausfüllhinweise

- Lassen Sie den Befundbericht – wenn erforderlich – bitte von Ihrem Zahnarzt ausfüllen.
- Bitte denken Sie daran, das Formular zu unterschreiben.
- Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit dem Antrag ein.



Bitte zurück an

ARAG  
Krankenversicherungs-AG  
Hollerithstraße 11  
81829 München

oder per Fax (0 89) 41 24-95 25

### Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname  Geb.-Datum

Anschrift

Behandlungsplan	R																	L
Befund		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																		
Behandlungsplan																		

#### Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
- ) (= Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant?  
Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

#### Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK = Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Maßnahmen erforderlich/geplant?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Erklärung des Antragstellers zum Antrag vom

für  Versicherungs- / Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem:  
Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Ihre Unabhängigkeit liegt uns am Herzen.

Wir halten Ihnen den Rücken frei, damit Sie ein aktives und unbeschwertes Leben führen können.

Mit unserer Erfahrung aus über 75 Jahren als unabhängiges, internationales Familienunternehmen suchen wir für Sie ständig nach den besten Versicherungslösungen rund um Recht und Absicherung, Gesundheit und Vorsorge.

Als Rechtsschutzpionier haben wir in Deutschland Maßstäbe gesetzt. Seit mehr als 45 Jahren sind wir auch international

einer der führenden Anbieter in diesem Bereich – mit knapp sechs Millionen Kunden in 14 Ländern. In Italien und Spanien sind wir die Nummer 1 im Markt, in den USA und den Niederlanden gehören wir zu den führenden Rechtsdienstleistern.

In der Sportversicherung bieten wir seit über 45 Jahren spezialisierten Service für fast 21 Millionen Menschen in Sportvereinen und -verbänden. Unser Wissen bringen wir in die Sportunfallforschung ein und tragen so wesentlich dazu bei, den Breiten- und Spitzensport sicherer zu machen.

Weitere Informationen durch