DMS 01200

DKV

☐ **Antrag auf Krankenversicherung** ☐ **Beitritt zur Gruppenversicherung** ☐ **Antrag auf Krankenversicherung in GKV[1]-Kooperation**

[1]GKV = gesetzliche Krankenversicherung

A. Angaben zum Antragsteller / Beitretenden

Versicherungs-Nr. **KV** _____

Vorname / Nachname, Titel	Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)[2]
Straße und Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)	Geburtsdatum	Telefon privat / mobil (freiwillige Angabe)	
PLZ / Wohnort	E-Mail / De-Mail (freiwillige Angabe)		
ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler ☐ Beihilfeberechtigt	seit	Besteht Mitgliedschaft in Kammer / Berufsverband? ☐ ja, Name	☐ nein

Geschäfts- / Arbeitgebername	PLZ	Ort
Straße und Hausnummer (keine Postfach- oder c/o-Adresse)	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)	[2] Siehe Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörde (Seite 5).

Beitritt zur Gruppenversicherung / Benennung des GKV-Kooperationspartners

Ich beantrage für mich bzw. meine versicherbaren Familienangehörigen Versicherungsschutz in der Gruppenversicherung. Und zwar nach den dort bestehenden versicherbaren nachfolgend aufgeführten Tarifen und zu deren Annahmebedingungen. Daher erkläre ich diesbezüglich den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag mit:

GRP-VNR	Name des Gruppenversicherungsvertragspartners / Name des GKV-Kooperationspartners

Der Gruppenversicherungsvertragspartner ist Versicherungsnehmer. Ich beantrage die Mitversicherung der / des unter Person 2 bzw. Person 1 und 2 aufgeführten mitversicherbaren Familienangehörigen / Lebenspartners.
Die Pflegepflichtversicherung kann nur im Rahmen der Einzelversicherung beantragt werden. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

B. Angaben zu den zu versichernden Personen und zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1	☐ identisch mit Antragsteller / Beitretendem ☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:			
Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)[2]
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			☐ Arbeitnehmer / Angestellter ☐ Selbstständiger / Freiberufler
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? ☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:	ambulant %	stationär %		Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:

Person 2	☐ Ehepartner ☐ Lebenspartner ☐ Kind. Angabe gesetzl. Vertreter:			
Vorname (Nachname falls abweichend)	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Nationalität	Steueridentifikations-Nr. (11-stellig)[2]
Adresse (falls abweichend)	ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)			☐ Arbeitnehmer / Angestellter ☐ Selbstständiger / Freiberufler
Besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge? ☐ Bund ☐ Land bzw. Träger Heilfürsorge:	ambulant %	stationär %		Berücksichtigungsfähige Kinder? Anzahl:

Person 1 **Beginn:** Bei Krankentagegeld: ☐ Formular A58 ist beigefügt.

Umwandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Zuschlag	Anrechnungsbetrag	Summe (monatlich)
Tarif										
Beitrag										

Person 2 **Beginn:** Bei Krankentagegeld: ☐ Formular A58 ist beigefügt.

Umwandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Zuschlag	Anrechnungsbetrag	Summe (monatlich)
Tarif										
Beitrag										

☐ Arbeitgeberbescheinigung gewünscht
☐ Anlage: Übertragungswertbescheinigung des bisherigen Krankenversicherers

Gesamtsumme Person 1 + 2

Besondere Vereinbarung (benötigt die schriftliche Genehmigung der Gesellschaft) / Erläuterung zur Umwandlung

C. Angaben zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen vollständig und ausführlich. Reicht der Platz nicht aus, antworten Sie bitte auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, müssen Sie diese gegenüber uns **innerhalb von drei Tagen** schriftlich nachholen. Senden Sie diese Angaben an die DKV – 50594 Köln. Bitte weisen Sie im Antrag / in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

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

Rechtsfolgenbelehrung: Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht bei einer Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

	Person 1 ja	Person 1 nein	Person 2 ja	Person 2 nein
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	☐	☐	☐	☐
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	☐	☐	☐	☐
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	☐	☐	☐	☐
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen / Behandlungen stattgefunden?	☐	☐	☐	☐
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	☐	☐	☐	☐
6. Ist eine ambulante / stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	☐	☐	☐	☐
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	☐	☐	☐	☐
9. Bestehen ein körperlicher / organischer Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z. B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), eine chronische Erkrankung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung? Oder ist ein Antrag auf Anerkennung einer solchen Beeinträchtigung gestellt oder beabsichtigt zu stellen?	☐	☐	☐	☐
Wenn ja, bitte Bescheid beifügen. ... in %	____		____	
10. Besteht eine Schwangerschaft? (Vollversicherung: Bei bestehender Schwangerschaft Kopie des Mutterpasses einreichen.)	☐	☐	☐	☐
... Monat	____		____	
11. Größe und Gewicht ... cm / kg	___ / ___		___ / ___	
Zusätzlich für Personen **vor Vollendung des 4. Lebensjahrs** zu beantworten: Geburtsgewicht kleiner 2000 Gramm?	☐	☐	☐	☐
12. Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	☐	☐	☐	☐
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	☐	☐	☐	☐
Wenn ja, Anzahl:	____		____	
14. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt? Oder ist eine solche Beantragung beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐

Zu Frage 12 und 13: Siehe auch „Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen / Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung“ auf Seite 5.

Für krankheitskostenvollversicherte Personen gilt: Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren müssen Sie nicht mit der Diagnose angeben. Voraussetzung ist, dass uns diese Gesundheitsstörungen und Behandlungen durch eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind. Dann reicht es aus, dass Sie als Erläuterung zur Gesundheitsfrage angeben: „ist der DKV bekannt“.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1–9, 12 und 14, wenn mit „ja“ beantwortet:

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden von–bis / Pflegebedürftigkeit seit	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser Wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?

Beiblatt zu Gesundheitsfragen (mit Datum und Unterschrift) beigefügt für: Person 1 ☐ Person 2 ☐

D. Vorversicherungsangaben / Bestehende Versicherung und Beantragung Wartezeiterlass

Vorversicherung / Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Private oder gesetzliche Krankheitskostenversicherung (Angabe des Versicherers und der Mitglieds-, Kassen- / Versicherungsnummer erforderlich)	☐ pflichtversichert von: bis: ☐ laufend	☐ pflichtversichert von: bis: ☐ laufend
Pflegepflicht- bzw. soziale Pflegeversicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)	von: bis: ☐ laufend	von: bis: ☐ laufend

Antrag auf Beitragsbefreiung für Kinder in der privaten Pflegepflichtversicherung
(Wird kein Elternteil mitversichert, bitte Formular A40 beifügen.)
Bezieht das Kind ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, vgl. Erläuterung Seite 5)? Und überschreitet dieses Einkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (im Jahr 2019: 445 Euro) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung 450 Euro? .....

Person 1 ja	Person 1 nein	Person 2 ja	Person 2 nein
☐	☐	☐	☐

Vorversicherung / Bestehende Versicherung	Person 1	Person 2
Kurkosten- / Kurtagegeldanspruch	☐ ja (Bei „ja“ **kein** Abschluss von Tarif KKUR möglich)	☐ ja (Bei „ja“ **kein** Abschluss von Tarif KKUR möglich)
Kranken(tage)geldanspruch	☐ ja, Höhe: täglich	☐ ja, Höhe: täglich
Krankenhaustagegeldanspruch	☐ ja, Höhe: täglich	☐ ja, Höhe: täglich
Pflege**zusatz**versicherung (Angabe des Versicherers erforderlich)		
	von: bis: ☐ laufend	von: bis: ☐ laufend
	Tarif: Höhe: täglich	Tarif: Höhe: täglich

Beantragung Wartezeiterlass

Ich beantrage:	Person 1	Person 2
den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erlass der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung zu prüfen. Die Voraussetzungen hierfür sind auf Seite 6 genannt.	☐	☐

E. SEPA-Lastschriftmandat / Beitragszahlung

☐ Bei Änderung des Vertrags: Das Lastschriftverfahren bleibt wie bisher. Ein SEPA-Mandatsformular ist nicht erforderlich.
☐ Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer / Versicherter **(Bei abweichendem Kontoinhaber bitte eigenständiges SEPA-Mandat ausfüllen.)**

Der Gesamtmonatsbeitrag soll abgebucht werden.	**Das angegebene Konto soll belastet werden zum (gilt nur für Folgebeiträge):**
☐ **monatlich** ☐ **vierteljährlich** ☐ **halbjährlich** ☐ **jährlich**	☐ **1.** ☐ **8.** ☐ **16.** ☐ **24.**

Ich ermächtige die **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**, Aachener Straße 300, 50933 Köln (Gläubiger-ID DE95ZZZ00000012130), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Kalendertage vor dem SEPA-Basis-Lastschrifteinzug informiert mich der Zahlungsempfänger über die Abbuchung unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine und der Mandatsreferenznummer.

IBAN: DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Kreditinstitut:**

Bei Abbuchung von einem ausländischen Konto innerhalb des SEPA-Raumes bitte eigenständiges Mandat ausfüllen.

F. Schlusserklärung

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) zusätzlich folgende Erklärungen ab:

- **die Einwilligung zur Bonitätsprüfung auf Seite 6.**
- **die Einwilligung zum Bestandsabgleich auf Seite 6.**
- **die Zusatzerklärung auf Seite 6.**
- **die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 9.**

Hierzu zählt das Folgende:

1. **Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV.**
2. **Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten.**
3. **Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV.**
   - **3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.**
   - **3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen.**
   - **3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen.**
   - **3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler.**
4. **Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.**

Zusammen mit diesem Antrag gebe ich folgende Erklärung zum Pflege Schutz Paket PSP ab: Bei mir bzw. der zu versichernden Person besteht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI. Ein Antrag auf Anerkennung einer solchen wurde nicht gestellt. Es ist auch nicht beabsichtigt, einen solchen Antrag zu stellen.

Darüber hinaus gebe(n) ich (wir) die weiteren auf **Seite 5 bis 9 aufgeführten Erklärungen** ab.

Insbesondere **die Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung, zum KombiMed Tarif KTOG und zum Pflege Schutz Paket PSP auf Seite 5** habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ **Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig auch das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 3.**
Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unseren) Unterschrift(en) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner (unserer) Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden

Unterschrift des Vermittlers

Unterschrift der zu versichernden Person 1[3]

Unterschrift der zu versichernden Person 2[3]

[3] ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt:

- der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz.
- der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung".
- des Informationsblattes der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beitretenden

Interne Vermerke (vom Vermittler auszufüllen)					
1. RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		%	Werbehilfe	Versicherungsschein / -ausweis an: ☐ Kunde ☐ Vermittler	
2. RD / Agt. / OE-Nr. / Verm.-KD-LM		☐ X-Antrag	NGST	Zugangsweg	Kunden-Nr.
Vertriebsstelle	Personal-Nr.	Filial-Nr.	☐ AG (003)	☐ PFK (002)	Kunden-Nr. (Dt. Bank)

Erklärungen des Antragstellers / Beitretenden und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein / Versicherungsausweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit von der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag/Beitrittserklärung) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden über die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz [EStG])

Ich willige ein, dass die DKV personenbezogene Daten an die Finanzbehörden übermittelt. Dies gilt allein für solche Daten, die dazu bestimmt sind, die steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge zu ermitteln. Hierzu gehören:

- Name
- Vertragsdaten
- Steueridentifikationsnummer
- geleistete Beiträge
- gegebenenfalls Informationen zu erstatteten Beiträgen.

Ich weiß, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht abgebe. Diese Folgen treten auch auf, wenn ich die Einwilligung einschränke. Ebenso wenn ich die Einwilligung nachträglich ganz oder teilweise widerrufe.

Umwandlung von Tarifen mit Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen

Bei Umwandlung einer Versicherung, für die Sie einen Risikozuschlag zahlen, gilt: Wir erheben diesen Risikozuschlag zu dem gleichen Prozentsatz auch von dem neuen Tarifbeitrag, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

Bei Umwandlung einer Versicherung, für die wir mit Ihnen einen Leistungsausschluss vereinbart haben, gilt: Bisherige Leistungsausschlüsse bleiben auch nach der Umwandlung bestehen.

Hinweise bei fehlenden nicht ersetzten Zähnen

- **KombiMed Tarife KDT50/70/85, KDTK85, KDTP100**
  Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen ist der Abschluss der Tarife nicht möglich. Dies gilt auch bei laufenden, angeratenen oder beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahmen.

  Einzelversicherung
  Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen erheben wir pro fehlendem Zahn einen versicherungsmedizinischen Zuschlag. Dieser gilt für die Dauer der Versicherung. Er beträgt monatlich für Tarif KDT50 2,00 Euro, für die Tarife KDT70, KDT85 und KDTK85 4,00 Euro und für Tarif KDTP100 7,00 Euro. Im Rahmen einer Beitragsanpassung überprüfen wir die Höhe des Zuschlags. Falls erforderlich, passen wir ihn an.

  Gruppenversicherung
  Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind für die betroffene Person die Kosten für Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) nicht versichert. Dies gilt auch für Kosten für implantologische Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

- **KombiMed Tarif KDT**
  Für die erstmalige Versorgung von bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden nicht ersetzten Zähnen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt für den provisorischen wie auch endgültigen Zahnersatz. Siehe dazu Nr. 1.3 der AVB.

Hinweise bei laufender bzw. angeratener Behandlung

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch, wenn wir hierzu keine Gesundheitsfragen stellen.

- **KombiMed Tarife KDBS, KDBE, KDBP, KDT50/70/85, KDTK85, KDTP100 (Gruppenversicherung)**
  Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nach Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB nicht. Hierunter fallen auch zahnärztliche, kieferorthopädische oder -chirurgische Maßnahmen.
- **KombiMed Tarife KBCK, KKHT, KKUR**
  Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir nicht. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Nähere Einzelheiten hierzu siehe Nr. 1.4 Punkt 2 der AVB bzw. bei Tarif KBCK Teil 1 Nr. 5.2 der AVB.
- **KombiMed Tarife UZ1/2**
  Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrags anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.

Hinweis zum KombiMed Tarif KTOG

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfällen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 24 Monaten vor Stellung des Antrags auf Abschluss dieser Versicherung insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war.

Diese Einschränkung gilt nur, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Der Versicherungsfall tritt innerhalb von 24 Monaten seit Versicherungsbeginn ein. Zudem steht er mit den Krankheiten oder Unfällen, wegen derer die versicherte Person insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war, in ursächlichem Zusammenhang.

Hinweis zum Pflege Schutz Paket PSP:

Nicht versicherungsfähig sind Personen, bei denen bereits eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI besteht oder die einen Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt haben oder beabsichtigen, einen solchen Antrag zu stellen.

Bitte beachten Sie:

Wir können unsere Entscheidung zur Annahme dieses Antrags unter bestimmten Voraussetzungen anfechten. Und zwar dann, wenn Sie wissentlich eine falsche Erklärung abgegeben haben, obwohl Ihnen dabei bewusst war, dass wir Ihren Antrag bei einer wahrheitsgemäßen Erklärung möglicherweise nicht angenommen hätten. Dies wäre als eine arglistige Täuschung zu werten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz.

Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Bitte beachten Sie bei einem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung: Wir benötigen von der Krankenkasse einen Nachweis über Beginn und Ende der Mitgliedschaft. Haben Sie zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung beantragt? Dann benötigen wir auch einen Nachweis über den bisherigen Krankengeldanspruch.

Einzelversicherung

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können: Es empfiehlt sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur DKV

Ich reiche der DKV **innerhalb von 90 Tagen** – gerechnet vom Datum der Antragstellung an – einen Nachweis über die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer ein.

Was muss aus diesem Nachweis hervorgehen?

Ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung (ggf. mit Bestandskonditionen) bestanden hat. Ob und für welchen Zeitraum eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat.

Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung policiert.

Gesamteinkommen

Darunter fallen Einkünfte aus:

- Land- und Forstwirtschaft
- Gewerbebetrieb
- selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit
- Kapitalvermögen
- Vermietung und Verpachtung sowie
- sonstige Einkünfte gemäß § 22 EStG.

Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt. Rentenleistungen, die aus Kindererziehungszeiten resultieren, bleiben unberücksichtigt.

Wartezeiterlass (nur bei Einzelversicherung)

Wir prüfen den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A29.

Für die KombiMed KDBS, KDBE, KDBP, KDT50/70/85, KDTK85 und KDTP100 prüfen wir den Erlass der bedingungsgemäßen Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular A28.

Die Kosten für die ärztliche / zahnärztliche Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, wenn wir den Untersuchungsbericht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags erhalten. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Fall unser Eigentum.

Für Tarife, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können, ist kein Wartezeiterlass möglich (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

Wartezeiterlass beim Pflege Schutz Paket PSP

In Tarif PSP verzichten wir auf die Einhaltung einer Wartezeit für die Einmalzahlung, wenn folgende Voraussetzung vorliegt: Gleichzeitig mit Tarif PSP beantragen Sie bei uns für die versicherte Person einen weiteren Vertrag für einen Pflegeergänzungstarif mit Gesundheitsprüfung, den wir ohne Vereinbarung eines Leistungsausschlusses oder Risikozuschlags annehmen.

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass die DKV Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten selbst oder bei einer Auskunftei einholt. Zudem willige ich ein, dass die DKV die erhobenen Daten zu den folgenden Zwecken verwendet:

- **vor Vertragsabschluss, um meinen Antrag zu prüfen**
- **nach Vertragsschluss, um meine Versicherung verwalten und abwickeln zu können (z. B. bei Zahlungsverzug).**

Ich habe die dazu unten stehenden Erläuterungen unter Nr. 1 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

Ebenso willige ich ein, dass die DKV bei einer Auskunftei einen Scorewert einholt und verwendet. Ich weiß, dass dies erforderlich ist, um meinen Antrag zu prüfen. Ich bin informiert, dass der Scorewert auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugt wird. Für die Bestimmung des Scorewerts werden auch Anschriftendaten verwendet. Der Scorewert stellt eine Einschätzung meines Zahlungsverhaltens dar.

Ich habe die dazu unten stehenden Erläuterungen unter Nr. 2 der Information zur Bonitätsprüfung zur Kenntnis genommen.

Zu den vorgenannten Zwecken entbinde ich die für die DKV tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Einwilligungserklärung freiwillig ist. Sofern ich diese Erklärung nicht abgeben möchte, ist ein Vertragsschluss in der Regel nicht möglich.

Ich bin informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der DKV widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Ich weiß, dass die DKV verpflichtet ist, mir Auskünfte über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu geben.

Ich kann mich auch direkt an das Unternehmen wenden, das der DKV Auskünfte erteilt hat, um meine dort gespeicherten Daten zu überprüfen.

Weitere Informationen finden sich in der nachfolgenden Information zur Bonitätsprüfung.

Information zur Bonitätsprüfung

1. Die DKV nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Anhand dieser Daten überprüft die DKV die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers oder Versicherungsnehmers. Hierdurch will die DKV Kosten für die Versichertengemeinschaft vermeiden, die entstehen, wenn ein Versicherungsnehmer zahlungsunfähig ist. Die DKV holt diese Auskünfte selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunftei (wie z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform). Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers oder Versicherungsnehmers an die Auskunftei übermitteln. Dazu zählen:
   - der Name
   - die Anschrift und
   - das Geburtsdatum.
2. Eine Auskunftei erstellt für die DKV eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers. Dazu bildet die Auskunftei auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren einen Scorewert. Der Scorewert ermöglicht der DKV, das zukünftige Zahlungsverhalten des Antragstellers einzuschätzen. Die DKV kann insbesondere einschätzen, ob ein Risiko von zukünftigen Zahlungsausfällen besteht. Um Verwechslungen zu vermeiden, muss die DKV Stammdaten des Antragstellers an die Auskunftei übermitteln. Dazu zählen:
   - der Name
   - die Anschrift und
   - das Geburtsdatum.
3. Sie haben einen Anspruch auf Auskunft zu Ihren gespeicherten Daten. Auf Antrag teilt die DKV Ihnen die bei ihr gespeicherten Daten mit.

Der Anspruch auf Auskunft besteht sowohl gegenüber der DKV als auch gegenüber den eingeschalteten Auskunfteien. Die Auskünfte erhalten Sie beim Datenschutzbeauftragten der DKV und der entsprechenden Auskunftei.

Scorewerte beziehen wir zurzeit bei folgenden Auskunfteien:

- InFoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://finance.arvato.com/icdinfoblatt
- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 59474 Köln.)
  Detaillierte Informationen zur SCHUFA i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/

Gilt nur bei einer Gruppenversicherung

Einwilligung zum Bestandsabgleich

Mir ist bekannt, dass die DKV und der Versicherungsnehmer bei Beitritt zur Gruppenversicherung einen Bestandsabgleich durchführen. Dieser Bestandsabgleich erfolgt auch nach Vertragsschluss regelmäßig einmal im Jahr. Hierdurch wird festgestellt, ob ich (weiterhin) in der abgeschlossenen Gruppenversicherung versicherungsfähig bin. Ich willige ein, dass die DKV jährlich meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer übermittelt. Das sind:

- Name
- Adresse und
- Geburtsdatum.

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherungsnehmer diese Daten für den Bestandsabgleich nutzt und speichert. Das Ergebnis übermittelt er an die DKV.

Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich an der Gruppenversicherung nicht teilnehmen. Falls ich die Einwilligung widerrufe, kann der Vertrag in der Gruppenversicherung nicht fortgeführt werden.

Versicherbarer Personenkreis

Ich bin Mitglied / Mitarbeiter des auf Seite 1 genannten Gruppenversicherungsvertragspartners. Ich gehöre daher ab Beginn des Versicherungsschutzes zum versicherbaren Personenkreis dieses Gruppenvertrags. Mir ist Folgendes bekannt: Die Mitversicherung von Familienangehörigen ist nur möglich, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbar sind.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am 1. des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung bei uns folgt, bzw. zu dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrags. Bei Tarifen, die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR), müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.

Vorversicherung

Bestand in den letzten sechs Monaten vor Abgabe der Beitrittserklärung kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, gilt Folgendes: Für die betroffene versicherte Person ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Dazu erhalten Sie von uns einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck (A29). Diesen müssen Sie innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung ausgefüllt zurückgeben. Die Kosten für die Untersuchung sind von Ihnen zu tragen. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle unser Eigentum.

Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen

Die DKV unterhält Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Wenn zwischen meiner Krankenkasse und der DKV eine solche Kooperation besteht, kann mein Vertrag im Rahmen dieser Kooperation zustande kommen. Für diesen Fall gebe ich die folgenden Erklärungen ab:

Zusatzerklärung

Ich willige ein: Die DKV ist berechtigt, meiner gesetzlichen Krankenversicherung Angaben aus meinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten weiterzugeben. Diese Angaben können Art und Umfang, Wechsel und Ende meines Versicherungstarifs betreffen. Meine gesetzliche Krankenversicherung darf diese Angaben speichern und nutzen. Zusätzlich willige ich in Folgendes ein: Meine gesetzliche Krankenversicherung darf der DKV regelmäßig Auskunft über das Bestehen bzw. das Ende meiner Krankenversicherung geben.

Sonderkonditionen

Wartezeiten

Die in den AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen. Dies gilt nicht für Tarife, die ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (KombiMed Tarife KTAG, KTN2)

Die Tarife KTAG und KTN2 sehen in den AVB ein ordentliches Kündigungsrecht vor. Wir verzichten hierauf.

Entfall der Sonderkonditionen

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn

- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung

endet.

Information zum Datenschutz

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300
50933 Köln

Telefon: 0800 3746444
Fax: 01805 786000
(14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

E-Mail: service@dkv.com.

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o. g. Adresse oder unter: datenschutz@dkv.com

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Leistungsfällen benötigen wir, um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.
Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe bestehenden Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z. B. erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und ihrer Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Schicken Sie uns hierzu eine kurze Nachricht per Post: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln oder gern per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen). Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800 3746444 (gebührenfrei)*.
***oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)**

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Dazu gehören z. B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen – den sogenannten Rückversicherern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler
Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an Ihren Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe
Innerhalb der ERGO Gruppe werden bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung zentral wahrgenommen. Wenn Sie bei einem oder mehreren Unternehmen der ERGO Gruppe versichert sind, können Ihre Daten also durch ein Unternehmen der ERGO Gruppe verarbeitet werden. Beispielsweise aus folgenden Gründen: zur Verwaltung von Adressen, für den Kundenservice, zu Marketingzwecken, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung. In der beiliegenden Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com im Abschnitt „Datenschutz“ eingesehen werden.

Externe Dienstleister
Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

Weitere Empfänger
Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Frühere Versicherer
Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z. B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihre bisherige Vorversicherungszeit anrechnen lassen oder Ihre portablen Alterungsrückstellungen mitnehmen möchten.
Welche Daten tauschen wir aus?
- Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum
- Versicherungsbeginn und Versicherungsende
- sowie den Übertragungswert

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber
Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Bonitätsauskünfte
Wie viele andere Unternehmen auch prüfen wir das allgemeine Zahlungsverhalten z. B. von neuen Kunden, die wir noch nicht so gut kennen. Das ist ein übliches Prozedere in der Geschäftswelt, bei der wir Informationen über folgende Auskunfteien einholen:
- infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 59474 Köln.)

Detaillierte Informationen zur SCHUFA i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/

Adressabfragen
Wir benötigen Ihre Adressdaten für die Verwaltung des Vertrags. Wöchentlich erhalten wir daher eine Liste mit Adressen von Personen, die bei der Deutschen Post einen Nachsendeantrag gestellt und sich mit der Weitergabe der neuen Adresse an Dritte einverstanden erklärt haben. Wir erhalten die Liste von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. In dieser Liste sind die bisherige und die neue Anschrift sowie der voraussichtliche Zeitpunkt des Anschriftenwechsels/Umzugs aufgeführt. Wir prüfen, ob einer unserer Kunden auf dieser Liste steht, und speichern gegebenenfalls die neue Anschrift. Danach löschen wir die gelieferten Daten.
Dennoch kann es vorkommen, dass wir Ihnen einen Brief nicht zustellen können, da uns Ihre aktuelle Anschrift nicht vorliegt. Dann kann es zusätzlich notwendig sein, eine Anfrage an Ihr zuständiges Einwohnermeldeamt zu richten.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde. Daneben ist dies erlaubt, wenn andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter der oben genannten Adresse anfordern.

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir in einigen Fällen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche medizinische Zuschläge oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir die von Ihnen im Versicherungsantrag beantworteten Gesundheitsfragen. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist ein Vertragsschluss regelmäßig nicht möglich. Bei anderen vergeben wir automatisch einen vorher prozentual festgelegten Zuschlag.

Im Lauf der Vertragsdurchführung treffen wir in einigen Fällen auch automatisierte Entscheidungen. Bei Ergänzungsversicherungen kündigen wir einen Vertrag automatisch, wenn Sie mit der Zahlung ihrer Beiträge in Verzug sind und auf unsere Mahnungen nicht reagieren. Bei diesen automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir insbesondere die Daten über Ihre Beitragszahlungen.

Unsere Leistungsprüfung kann auch auf einer vollständig oder teilweise automatisierten Bearbeitung beruhen. Dies gilt sowohl für die private Kranken- wie auch für die Pflegeversicherung. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir
- die Angaben aus den eingereichten Rechnungen sowie
- die Leistungsmerkmale der jeweils versicherten Tarifbedingungen.

Was ist das Ziel der automatisierten Entscheidungen?
Wir möchten die Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Adresse.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2–4
40213 Düsseldorf

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung[4]

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 / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV 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. die ERGO Group AG, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (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.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag / dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt 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 DKV 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 DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die DKV führt 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 überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV 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.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV 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 DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die DKV 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 die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 die DKV 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 DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt 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 DKV meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahrs der Antragstellung /Abgabe der Beitrittserklärung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

[4] Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Achim Kassow
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vorsitzender),
Mark Lammerskitten, Christian Molt,
Dr. Sebastian Rapsch, Heiko Stüber
Sitz: Köln, Handelsregister: Amtsgericht Köln
HRB 570, USt-ID DE123489120
Internet:
www.dkv.com