

Versicherungsantrag auf Abschluss einer Zusatz-Krankenversicherung

Wird von der Advigon ausgefüllt:
VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. ADKZAT3 04.19 002972-065-000001

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner Mitarbeiter bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner
 ja, bei nein

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Advigon Versicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 7 und 8 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Beantragter Versicherungsbeginn **0 1 | 2 0** Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragseingang folgende Monatserste beantragt.


Antragsteller
Titel/Name _____ Vorname _____
Straße, Postfach/Postleitzahl/Wohnort _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
Telefon* (privat) _____ Fax* _____
Telefon* (geschäftlich) _____
E-Mail* _____

Herr Frau

Bankverbindung
Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 015 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

Ihre IBAN finden Sie auf Ihrer Bankkarte (die deutsche IBAN besteht inkl. Länderkennzeichen aus 22 Stellen)

z. B. DE Prüfziffer BLZ Konto-Nr.

IBAN _____ Datum _____ **1. Unterschrift** des Antragstellers 

SEPA-Mandatserteilung (Inhalt siehe Schlussklärungen)

Zahlungsweise
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

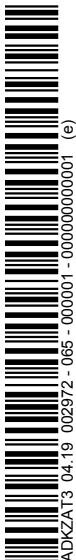
Zu versichernde Personen
Im Tarif privat ambulant sind mindestens zwei Bausteine erforderlich. Die Bausteine AZE1 und AZE4 schließen sich gegenseitig aus. Die Bausteine AZB2 und AZB3 schließen sich gegenseitig aus. Im Tarif privat stationär kann der Baustein SG einzeln beantragt werden. Die Bausteine SGZ1 und SGZ2 sind nur zusammen mit dem Baustein SG möglich. Entweder ist einer dieser Bausteine mit dem Baustein SG kombinierbar oder beide Bausteine sind mit dem Baustein SG kombinierbar.

<p>Person 1 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name) _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau</p>	<p>Gewünschte Tarife Person 1 privat ambulant <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> AZE1 <input type="checkbox"/> AZE4 <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> AZB2 <input type="checkbox"/> AZB3 privat stationär <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SGZ1 <input type="checkbox"/> SGZ2 Monatsbeitrag _____ EUR</p>
<p>Person 2 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name) _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau</p>	<p>Gewünschte Tarife Person 2 privat ambulant <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> AZE1 <input type="checkbox"/> AZE4 <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> AZB2 <input type="checkbox"/> AZB3 privat stationär <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SGZ1 <input type="checkbox"/> SGZ2 Monatsbeitrag _____ EUR</p>
<p>Person 3 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name) _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau</p>	<p>Gewünschte Tarife Person 3 privat ambulant <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> AZE1 <input type="checkbox"/> AZE4 <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> AZB2 <input type="checkbox"/> AZB3 privat stationär <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SGZ1 <input type="checkbox"/> SGZ2 Monatsbeitrag _____ EUR</p>
<p>Person 4 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name) _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau</p>	<p>Gewünschte Tarife Person 4 privat ambulant <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> AZE1 <input type="checkbox"/> AZE4 <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> AZB2 <input type="checkbox"/> AZB3 privat stationär <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SGZ1 <input type="checkbox"/> SGZ2 Monatsbeitrag _____ EUR</p>

Angaben zur GKV
Alle zu versichernden Personen sind zu Vertragsbeginn Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): ja nein

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Verteiler:
Blatt 1 – Advigon
Blatt 2 – Kunde
Blatt 3 – Vermittler



* Diese Angaben sind freiwillig.

Antragsteller
Name

Vorname

--	--

Tarife und die dazugehörigen Gesundheitsfragen

Beantworten Sie bitte die Fragen, die für Ihren beantragten Tarif bestimmt sind. Die Fragen zu den beantragten Tarifen sind mit einem "X" versehen.

	Angabe zu Größe und Gewicht	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
AV	X	X	X	X				
AH	X	X		X				
AZE1					X	X	X	X
AZE4					X	X	X	X
AZB2					X	X	X	
AZB3					X	X	X	
SG	X	X		X				
SGZ1	X	X		X				
SGZ2	X	X		X				

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Bei Beantragung mind. einer der Tarife AV, AH, SG, SGZ1 oder SGZ2 sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Im Übrigen verweisen wir an dieser Stelle nochmals auf die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 7 und 8 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 4. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Angaben zu Größe und Gewicht: <i>Ab dem vollendeten 7. Lebensjahr zu beantworten. Wir bitten um tatsächliche Angaben und nicht um geschätzte Werte.</i>	Größe _____ cm Gewicht _____ kg	Größe _____ cm Gewicht _____ kg	Größe _____ cm Gewicht _____ kg	Größe _____ cm Gewicht _____ kg
1. Bestanden in den letzten 3 Jahren und/oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Anomalien und/oder sonstige Gesundheitsstörungen und/oder haben in den letzten 3 Jahren Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden bzw. sind solche angeraten, besprochen und/oder vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wird eine Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) getragen und/oder wurde diese angeraten und/oder verordnet? Tarif AV: Wenn eine Sehhilfe erforderlich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Sehhilfen gegen einen monatlichen Tarifzuschlag von 2,50 EUR mitversichert sind. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz für Sehhilfen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder durch Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt und/oder sind solche Behandlungen für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ergänzende Angaben zu der mit „ja“ beantworteten Fragen 1. bis 3.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller und von der/den zu versichernden Person(en) bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigefügt: ja, Anzahl nein

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, sonstigen Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen, bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt: Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit TTMMJJJJ
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Antragsteller
Name

Vorname

Weitere Angaben zum Gesundheitszustand

4. Findet aktuell eine zahnärztliche Maßnahme statt, ist eine zahnärztliche Maßnahme angeraten, besprochen, beabsichtigt und/oder bestehen Beschwerden im Zahnbereich?
(angeratene und/oder beabsichtigte professionelle Zahnreinigungen müssen nicht angegeben werden)
Wenn ja: welche? (Bitte detailliert in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ausformulieren, auch mit Zahnnummern)
Bitte befragen Sie im Zweifel Ihren behandelnden Zahnarzt.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem Leistungsausschluss für die laufende, angeratene, besprochene bzw. beabsichtigte zahnärztliche Maßnahme einverstanden. Dieser Leistungsausschluss gilt auch für die zahnärztlichen Maßnahmen, die zur Behandlung oder Linderung bestehender Beschwerden durchgeführt werden (sollen).

5. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden, besteht eine Kiefer/Zahnfehlstellung, findet eine kieferorthopädische Behandlung/Untersuchung statt, ist und/oder sind diese für die Zukunft angeraten, besprochen und/oder beabsichtigt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem Leistungsausschluss für die angeratenen, besprochenen und/oder beabsichtigten zahnärztlichen kieferorthopädischen Maßnahmen einverstanden. Dieser Leistungsausschluss gilt auch für die zahnärztlichen/kieferorthopädischen Maßnahmen, die zur Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden durchgeführt werden (sollen).

6. **Ab dem vollendeten 8. Lebensjahr zu beantworten:**
Wird derzeit eine Parodontosebehandlung durchgeführt, besteht eine parodontale Erkrankung, ist eine Parodontosebehandlung für die Zukunft angeraten, liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch mehr als 24 Monate in der Vergangenheit und/oder wurden in den letzten 3 Jahren Aufbisschienen angefertigt, angeraten und/oder aktuell getragen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

7. **Ab dem vollendeten 16. Lebensjahr zu beantworten:**
Fehlen derzeit Zähne, die nicht ersetzt sind (außer Weisheitszähne, sowie mit Zahnkontakt geschlossene Lücken, sog. „Lückenschluss“) bzw. bestehen Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) und/oder nach dem Zahnwechsel verbliebene Milchzähne?

<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem monatlichen Beitragszuschlag in Tarifen mit Zahnersatzleistungen (AZE1, AZE4) für jeden fehlenden Zahn, bzw. mit herausnehmbaren Zahnersatz versorgten Zahn, nach dem Zahnwechsel verbliebenen Milchzahn, in Höhe von 2,50 EUR einverstanden.

Ergänzende Angaben zu der mit „ja“ beantworteten Frage 4. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der nachfolgenden Tabelle ein.

Zu Person Nr.	Art der zahnärztlichen Maßnahme, Art der Beschwerden, Zahnnummer

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am folgende Unterlagen erhalten zu haben:

Verbraucherinformation **Version (z. B. April 2019)**

- Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
- nebenstehend benannte Verbraucherinformation(en), die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG,
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

Krankenzusatzversicherung

2. Unterschrift des Antragstellers

X

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf der Rückseite dieses Antrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.

Ja, ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der Advigon Versicherung AG verpassen!

Ich bin einverstanden, dass mich die Advigon Versicherung AG zu ihren versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z. B. zu den Themen Kranken-, Lebens-, Reise- und Sachversicherung) über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktiert.

Bitte informieren Sie mich per: E-Mail Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (Advigon Versicherung AG, KV-Vertragservice, 20911 Hamburg), E-Mail (kv-vertrag@advigon.com) oder Telefon (040 55554010) formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.

Ort, Datum

3. Unterschrift des Antragstellers

X

Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt.

Unterschrift des Vermittlers

A. Wichtige Erläuterungen für den Antragsteller

1. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unweckmäßig.
2. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
3. Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungs-gemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
5. **Erläuterung zu prädiktiven Gentests**
Nach § 18 des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf der Versicherer den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven“ Gentest wird dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.
6. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

B. Hinweise für den Antragsteller

1. **Zuständige Aufsichtsbehörde**
FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,
Postfach 279, Landstraße 109, 9490 Vaduz, Liechtenstein

C. Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmestätigung zugegangen ist.
2. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.
3. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der Advigon Versicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.

D. SEPA-Basislastschrift

SEPA-Mandaterteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
Advigon Versicherung AG,
Postfach 1130, Pflugstraße 20,
9490 Vaduz, Liechtenstein
Gläubiger-Identifikationsnummer: LI 70 ZZZ 0000000010
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Advigon Versicherung AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Advigon Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

E. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften, insbesondere EU-DSGVO, 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, benötigt die Advigon Versicherung AG – nachfolgend Advigon genannt – 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 Personenversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und 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 Advigon selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Advigon (unter 3.) und
- wenn ein 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 Advigon

Ich willige ein, dass die Advigon 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. 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 die Advigon 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Advigon benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die Advigon 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 Advigon einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Advigon einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. 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 die Advigon 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.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu 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.

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

Die Advigon verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Advigon tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Advigon 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 die Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Advigon führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung 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.

Die Advigon führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Advigon erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter http://www.advigon.com/files/liste_dienstleister.pdf eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Advigon Ihre Einwilligung.

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Advigon 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 Advigon 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.

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

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

Ich willige ein, dass die Advigon 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.