

**Krankenversicherungsantrag**

Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

BD/Vers.-Nr.:

**Antragsteller** (Versicherungsnehmer)

Herr  Frau  Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum  Staatsang.  ledig  verh.  gesch.  verw.

Straße, Hausnummer  private Telefon-Nr. mit Vorwahl \*)  dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl \*)

Postleitzahl  Wohnort  Mobil-Telefon-Nr. \*)  E-Mail-Adresse \*)

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

\*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Berufsstellung:  (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner

**Zu versichernde Personen**

Pers.	Vorname, auch Name falls abweichend von Antragsteller	Geschlecht männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufs- stellung
1	Antragsteller oder <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Beantragte Ergänzungsversicherung - Beginn**

	Tarif	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
		Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR
<b>gut versichert ...</b>	AN+	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>... beim Arzt/Heilpraktiker</b>	PRAEVI+	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>... beim Arzt</b>	ZGu+ oder AZ+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>... beim Zahnarzt</b>	S+ oder TopS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>... im Krankenhaus</b>	KH+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>... bei Arbeitsunfähigkeit</b>	T42+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung gesamt		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Besondere Vereinbarungen** - Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig (z. B. bedingungsgemäßer Wartezeiterlass)?

Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.

nein  ja

**Sonstige Versicherungen** - Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen bei anderen Versicherern?

Für Pers.	nein	ja	Krankenkasse / Versicherer, Tarife, Höhe des Krankentagegeldes	a) besteht seit b) bestand von - bis	Vers.-Pflicht nein ja	Kr.-Geld nein ja
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SEPA-Lastschriftmandat** Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE82ZZZ0000010327

**Erklärung des Kontoinhabers:** Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN  ; Bankleitzahl  ; Konto-Nr. (max. 10 Stellen)  ; BIC (8 oder 11 Stellen)  ; Name des Kreditinstitutes

D E

Kontoinhaber:  Antragsteller oder:  folgende Person: Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:  ; Unterschrift des Kontoinhabers

Barmenia Krankenversicherung a. G. Hauptverwaltung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal

Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vorsitzender) • Martin Risse • Christoph Laarmann, stv. • Frank Lamsfuß, stv. • Kai Völker, stv.  
Aufsichtsrats-Vors.: Dr. h. c. Josef Beutelmann; Rechtsform des Unternehmens: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit; Sitz: Wuppertal; Amtsgericht Wuppertal HRB 3871  
St.-Nr. 132/5906/0047

Seite 1 von 5 zum Antrag \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

(Name des Antragstellers) (Antragsdatum)

**Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen**

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung a. G. vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

**Wichtig: Beachten Sie hierzu die nachfolgende „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.**

(Zum Tarif PRAEVI+ ist die Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht erforderlich. Zum beantragten Tarif ZGu+ oder AZ+ ist nur die Beantwortung der Fragen Nr. 4a u. 4b erforderlich)

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
Körpergröße und -gewicht:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Bestehen zurzeit Krankheiten oder Beschwerden?	<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
2. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<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
3. Haben in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen bzw. Untersuchungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<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
4a. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <i>Wichtiger Hinweis:</i> Laufende und angeratene zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.	<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
4b. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben:	<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
	Anzahl: <input type="text"/>		Anzahl: <input type="text"/>		Anzahl: <input type="text"/>		Anzahl: <input type="text"/>	

Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.

Person	Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Diagnosen, Arzneimittel u. Dosierungen, Untersuchungsergebnisse, welche Zähne zu behandeln sind	Von wann bis wann?	Operation nein ja	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen, und das nebenstehende Feld ist anzukreuzen.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

**Besondere Bedingungen**  
Ich beantrage für folgende Person/-en  die „Besonderen Bedingungen“ zum beantragten Tarif S+ oder TopS bzw. zur Tarifkombination AN+ und S+ oder TopS.

**Beitragszuschlag (Tarif AN+)**  
Mit einem Beitragszuschlag von 2,50 Euro je zu versichernder fehlsichtiger Person bin ich einverstanden.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte nachfolgende „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Schlussklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Lesen Sie bitte zudem die nachfolgende gesamte „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung a. G., 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie mitunterzeichnende zu versichernde Personen die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab. .

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

Datum  Antragsteller  Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller  Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich, dass ich die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ erhalten habe. Ich habe diese auch zur Kenntnis genommen.

Datum  Antragsteller  Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller  BD/Vermittler-Nr.: / Register-Nr.: / Telefon   
Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

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

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis. Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.

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

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis

der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Barmenia Krankenversicherung a. G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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 Barmenia Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Krankenversicherung a. G. von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich sowie die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

#### 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. – soweit es für die Leistungsfällprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannt-

ten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Barmenia Krankenversicherung a. G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Krankenversicherung a. G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Barmenia Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt im Einzelfall 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 einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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.datenschutz.barmenia.de](http://www.datenschutz.barmenia.de) eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung a. G., Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/438-2250, E-Mail: [info@barmenia.de](mailto:info@barmenia.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 Barmenia Krankenversicherung a. G. 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 zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

#### Anlage: Liste zu 3.2

Barmenia Unternehmen, die am gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal</li> <li>▪ Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal</li> <li>▪ Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal</li> </ul>	
Partner	Aufgabe(n) des Dienstleisters
Ärzte u. a.	Beratung in medizinischen Fragestellungen, Erstellung von Gutachten
Anycare GmbH Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart	Disease-Management-Programme
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI) 1300 Concord Terrace, Suite 300 Sunrise, Florida 33323 USA	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
IMB Consult GmbH Amtmann-Ibing-Straße 10, 44805 Bochum	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
Indento GmbH Ruhrallee 191, 45136 Essen	Zahnmedizinisches Management
International SOS Emergency Services (Deutschland) GmbH Hugenottenallee 167, 63263 Neu-Isenburg	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH Michaelisstrasse 24, 20459 Hamburg	Stationäres Leistungsmanagement
PAV CARD GmbH Hamburger Str. 6, 22952 Lütjensee	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Quality Smile GmbH Schloss-Str. 51, 56068 Koblenz	Zahnmedizinisches Management
ROLAND Assistance GmbH Deutz-Kalker Straße 46, 50679 Köln	Disease-Management-Programme und medizinisches Beratungstelefon („Barmenia-MedILine“)
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt Kadipasa Mah. Keykubat Bulvari Seher Yildizi Apt No 6, 07400 Alanya/Antalya/Turkey	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
ViaMed GmbH Motorstraße 52, 70499 Stuttgart	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
IT-Dienstleister	Wartung und Pflege von Hard- und Software

**Schlusserklärungen** des Antragstellers und der zu versichernden Personen**Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld**

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

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

**Zu-Stande-Kommen des Vertrages**

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

**Versicherungsbedingungen**

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

**Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools**

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Krankenversicherung a. G. eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Krankenversicherung a. G. an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt:

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung a. G. von ihrer Schweigepflicht.

**HINWEISE****Durchschrift des Antrages**

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

**Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung**

Für die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherungen wird der Vertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, für die Krankentagegeldversicherungen für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Wechsel des privaten Versicherers**

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

**Aufsichtsbehörde/Ombudsmann**

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht;  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

**Sicherungsfonds für die Krankenversicherung**

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

**HINWEISE FÜR BEIHLFEBERECHTIGTE PERSONEN**

Beihilfeberechtigte Personen (Berufsstellung = 2) können nur nach den Tarifen AZ+, KH+, PRAEVI+ und ZGu+ versichert werden.