

☐ Neuantrag
☐ Änderungsantrag zu VS-Nr.: _____



30621 Hannover · Telefon (0511) 5701-1636

2. Zu versichernde Person (VP)

Ich beantrage den Versicherungsabschluss für die nachfolgend näher genannten Personen, gegebenenfalls als Vertragsänderung.

VP 1

VP 2

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geschlecht

☐ männl.
☐ weibl.

Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) nur bei Vollversicherung

Staatsangehörigkeit*

☐ deutsch
☐

Seit wann ständig in Deutschland lebend?

Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)

Berufsstand

☐ Arbeitnehmer
☐ Selbstständig / Freiberufler seit wann?

☐ sonstige

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Beamtenanwärter
Ende der Ausbildung

☐ Freie Heilfürsorge
Ende der Dienstzeit / Freien Heilfürsorge

☐ Bund
☐ Land

☐ Erstmaliger Dienst Eintritt

Erhalten Sie stationäre Wahlleistungen (Zweibettzimmer/Privatarzt) durch Ihren Dienstherrn, weil Sie auf einen Teil Ihrer monatlichen Bezüge verzichten?

☐ Ja
☐ Nein

Arbeitnehmer

Selbstständig / Freiberufler seit wann?

sonstige

Beihilfeberechtigt

Beamtenanwärter
Ende der Ausbildung

Freie Heilfürsorge
Ende der Dienstzeit / Freien Heilfürsorge

☐ Bund
☐ Land

☐ Erstmaliger Dienst Eintritt

Erhalten Sie stationäre Wahlleistungen (Zweibettzimmer/Privatarzt) durch Ihren Dienstherrn, weil Sie auf einen Teil Ihrer monatlichen Bezüge verzichten?

☐ Ja
☐ Nein

Den Beihilfevorschriften welchen Bundeslandes unterliegen Sie?

Für Baden-Württemberg

Für Baden-Württemberg und Rheinland Pfalz

Berufliche Tätigkeit

3. Versicherungsbeginn, Versicherungsdauer	Versicherungs-/Änderungsbeginn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Der Vertrag wird in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, in der Krankentagegeldversicherung für ein Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen. Sie endet entsprechend den bedingungsgemäßen Voraussetzungen.			

[illegible]

Ihre Beiträge sind gemäß § 4 Abs. 5 VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

KV-1-2020-03 1/7

5. Wartezeiten

- a Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (außer für die Pflegepflichtversicherung) aufgrund einer ärztlichen Untersuchung auf meine Kosten (geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten).
- b Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung aufgrund des Übertritts aus einer gesetzlichen oder auch privaten Krankenversicherung (entsprechend AVB). Den erforderlichen Nachweis reiche ich nach.

VP 1		VP 2	
<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

6. Angaben zu bisherigen Versicherungen: (bitte Versicherungszeitbeurteilung Ihres Vorversicherers beifügen)

Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher GKV bzw. PKV Sie derzeit oder letztmalig krankenversichert sind/waren. Bitte geben Sie auch abgelehnte Anträge und bestehende, beantragte, gekündigte und beendete Verträge der letzten 5 Jahre an.

(Abkürzungen: **GKV** = Gesetzliche Krankenversicherung / **PKV** = Private Krankenversicherung / **KHT** = Krankenhaustagegeld / **KT** = Kranken(tage)geld / **PT** = Pflegetagegeld)

VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	KHT-Höhe in €	KT-Höhe in €	PT-Höhe in €	Wurde in den letzten 5 Jahren ein Antrag/ Vertrag von einer PKV abgelehnt/beendet?	Sind Sie zurzeit im Basisstarif versichert?	Versicherungszeitraum von – bis (TT.MM.JJJJ)
	<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"/>	–

7. Angaben zu Einkommen und Beruf (bitte Einkommens- bzw. Gehaltsnachweis beifügen):

Selbstständige/Freiberufler					Arbeitnehmer		
VP-Nr.	Art der beruflichen Tätigkeit bzw. des selbstständigen Gewerbes? Seit wann?	Anzahl der Mitarbeiter?	Eintragung ins Handelsregister/Gewerbeanmeldung? Wann?	Ihr Jahresgewinn vor Steuern aus dieser Tätigkeit gemäß aktuellem Steuerbescheid bzw. aktueller Gewinn- und Verlustrechnung?	Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	
				€	€	€	
				€	€	€	

8. Erklärungen über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en)

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Bitte lesen Sie vor der Beantwortung der folgenden Gesundheitsfragen die auf der Seite 6 dieses Antragsformulars befindliche Belehrung nach § 19 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes. Beantworten Sie bitte alle Fragen ausführlich. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich betrachten. Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden Gesundheitsfragen können uns – in Abhängigkeit der Schwere Ihres Verschuldens – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Reicht der Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag und unterschreiben Sie dieses. Möchten Sie Angaben gegenüber dem Vermittler nicht machen, benachrichtigen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich (innerhalb einer Woche) schriftlich unsere Gesellschaft. Bitte beachten Sie unbedingt die aufgeführten Hinweise zur Schweigepflichtentbindung.

Besonderer Hinweis zur Verwendung von Gentests:

Da wir Ergebnisse sowie Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen weder entgegennehmen noch verwenden dürfen, brauchen Sie die Ergebnisse solcher prädiktiven Gentests bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben. Falls Ihnen Informationen über Erkrankungen vorliegen – auch solche, die auf diagnostischen genetischen Untersuchungen beruhen – dann sind Sie verpflichtet, diese anzugeben. Eine Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests haben wir für Sie in den „Wichtigen Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtigen Hinweisen“ auf der Seite 7 dieses Antragsformulars aufgenommen.

Wurde eine Anlage verwendet? ☐ nein ☐ ja, bestehend aus insgesamt Seiten (bitte durchnummerieren und jede einzelne Seite unterschreiben)

	VP 1	VP 2
8.1 Bestehen derzeit oder bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Krankheiten, Beschwerden, Verletzungen, Allergien, Unfallfolgen, Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Prothesen (z. B. künstliche Gelenke), Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionseinschränkungen (z. B. Amputationen, Lähmungen, Hörminderung), Anomalien, eingeschränkte Fertilität oder Sterilität – auch wenn Sie diesbezüglich nicht behandelt wurden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.2 Besteht derzeit oder bestand eine anerkannte Behinderung, Berufskrankheit, Erwerbsminderung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Pflegebedürftigkeit oder wurde eine solche beantragt? Bitte Versorgungs-/Anerkennungsbescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.3 Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, z. B. Blutzuckerkontrolle sowie Nachsorgeuntersuchungen, z. B. Tumornachsorge) oder Operationen bei Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Physio- oder Ergotherapeuten, Osteopathen oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.4 Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre ambulant von Ärzten, Heilpraktikern, Logopäden, Physio- oder Ergotherapeuten, Osteopathen oder anderen Therapeuten beraten, untersucht, behandelt oder operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre regelmäßig oder wiederholt Medikamente (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.6 Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre stationär in einem Krankenhaus beobachtet, beraten, untersucht, behandelt oder operiert bzw. fanden Aufenthalte in einem Sanatorium oder einer Reha- oder Kurklinik statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.7 Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre psychiatrische, psychoanalytische, psychosomatische oder psychotherapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) durchgeführt bzw. sind solche angeraten, beabsichtigt oder geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.8 Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit, sonstigen Suchterkrankungen (z. B. Spielsucht) bzw. Essstörungen beraten, untersucht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.9 Wurde jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.10 Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
8.11 Tragen Sie eine Sehhilfe oder ist eine solche angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl Dioptrien rechts _____ Anzahl Dioptrien links _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl Dioptrien rechts _____ Anzahl Dioptrien links _____

8.12 Die Fragen "a - c" sind für die Tarife BV20(A), BV30(A), BV50, BVE, BVZ, ZV1, ZV2, ZE, ZT und SZ PLUS zu beantworten

Berechnung der Risikozuschläge aufgrund des Zahnstatus:

Personen mit mehr als 4 fehlenden, nicht ersetzten Naturzähnen (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss) sind nicht versicherbar. Für jeden fehlenden, nicht ersetzten Naturzahn (außer Weisheitszähnen) gilt in den Tarifen ZV1 sowie ZT ein Zuschlag von 2,00 €, in den Tarifen ZV2 sowie ZE ein Zuschlag von 1,00 €, in den Tarifen BV20(A) sowie BV30(A) ein Zuschlag von 1,50 € und im Tarif BV50 ein Zuschlag von 3,00 € als vereinbart. Für jeden ersetzten bzw. überkronten Naturzahn gilt ab dem 4. Zahn in den Tarifen ZV1 sowie ZT ein Zuschlag von 2,00 €, in den Tarifen ZV2 sowie ZE ein Zuschlag von 1,00 €, in den Tarifen BV20(A) sowie BV30(A) ein Zuschlag von 1,50 € und im Tarif BV50 ein Zuschlag von 3,00 € als vereinbart. Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne. Ab einem errechneten Zuschlag von 20,00 € erfolgt in den Tarifen ZV1, ZV2, BV20(A), BV30(A) sowie BV50 die Entscheidung durch den Fachbereich. Bitte legen Sie hierzu einen aktuellen Zahnstatus vor. In den Tarifen ZE und ZT können wir ab einem errechneten Zuschlag von 20,00 € keinen Versicherungsschutz anbieten.

	VP 1	VP 2
a Bestehen derzeit Beschwerden im Zahnbereich? Finden derzeit Maßnahmen für Zahnersatz (z.B. Implantatversorgungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Inlays, Onlays) statt oder sind solche notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss)?	Anzahl: _____	Anzahl: _____
c Anzahl der fehlenden, ersetzten bzw. überkronten Naturzähne (Prothesen gelten als fehlende, ersetzte Naturzähne)?	Anzahl: _____	Anzahl: _____

8.13 Die Fragen "a – b" sind für die Tarife BV20(A), BV30(A), BV50, BVE, BVZ, ZV1, ZV2, ZB, und SZ PLUS zu beantworten

a Findet derzeit ein Austausch von Füllungen, eine Wurzelbehandlung bzw. chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion) statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b Wird oder wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis, Parodontose), des Zahnfleisches, des Kiefergelenks, Zahn- oder Kieferanomalien festgestellt und/oder behandelt? Finden oder fanden innerhalb der letzten 3 Jahre kieferorthopädische Behandlungen oder die Versorgung mit Aufbissbehelfen bzw. Zahnschienen statt oder sind solche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder vom Zahnarzt angeraten worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. Die Fragen 9.1 – 9.2 sind für die Tarife Pflege PLUS, PG, PG1, PG2, PG3 und PG4 zu beantworten

9.1 Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Leistungen aus einer Pflegeversicherung, Blindengeld oder Rente wegen Unfall, Berufs- oder Dienstunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhalten, haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (MdE, GdB) von mindestens 50 % oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt bzw. ist dies beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.2 Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen/ Diagnosen: (Falls aufgrund der aufgeführten Erkrankungen/Diagnosen innerhalb des Fragezeitraums Behandlungen (z. B. Untersuchungen, Medikationen) stattgefunden haben, ist diese Fragestellung ebenfalls mit „Ja“ zu beantworten.) Körperliche bzw. geistige Entwicklungsverzögerung, Gedächtnisstörung, Geistige Behinderung, Depression, Schizophrenie, Gehirnblutung, Hirntumor, Alzheimer, Demenz, Parkinson, Schlaganfall, Epilepsie, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Myasthenie, Amputation, Lähmungen bzw. Schwäche von Gliedmaßen, Blindheit, Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzklappenfehler, Tumor-/Krebserkrankung, Leukämie, Lymphome, Lungenemphysem, Lungenfibrose, COPD, HIV-Infektion/Aids, Hepatitis, Leberzirrhose, Nierenerkrankungen (außer Nierensteine und Nierenbeckenentzündungen), Diabetes mellitus, Osteoporose, Rheumatische Erkrankungen, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Weitere Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 8.1- 9.2:

VP-Nr.	Zu Frage	Genaue Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandelt von / bis (TT.MM.JJJJ)	Operiert?	Ausgeheilt?	Arbeitsunfähig von / bis (TT.MM.JJJJ)
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–
			–	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	–

11.

Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Adresse Ihres Hausarztes an.
 VP 1: VP 2:

Welcher Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde ist über Ihren Zahnstatus am besten informiert? (Bitte vollständig mit Name und Adresse angeben):
 VP 1: VP 2:

12. Bei Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Seit dem 01.01.1995 müssen alle krankenversicherten Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung dieses Sachverhaltes an das Bundesversicherungsamt verpflichtet.

Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher GKV bzw. PKV für Sie derzeit Ihre Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht oder letztmalig bestand. Bitte geben Sie auch abgelehnte Anträge und bestehende, beantragte, gekündigte und beendete Verträge der letzten 5 Jahre an.

VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	Versicherungszeitraum (TT/MM/JJJJ)							
			von				bis			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann haben Sie sich erstmalig in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? (Bitte geben Sie den Zeitpunkt an, seit dem Sie lückenlos in der privaten Pflegepflichtversicherung – ggf. auch bei verschiedenen privaten Krankenversicherungsunternehmen – pflegepflichtversichert sind.)

VP 1	VP 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Für die Prüfung einer Beitragsbegrenzung auch für Ehe-/Lebenspartner(in), die Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten und/oder die Beitragsermäßigung nach dem Studententarif füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (KV 1a) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.

VP 1	VP 2
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13. Übertragungs-wert-bescheinigung

Wenn Sie von einer privaten Kranken- bzw. Pflegepflichtversicherung zu uns wechseln, benötigen wir zur exakten Beitragseinstufung eine Übertragungswertbescheinigung Ihres letzten PKV-Unternehmens. Eine Übertragungswertbescheinigung werde ich diesem Antrag nachreichen.

VP 1	VP 2
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

14. Lastschrift-verfahren

Mit dem beiliegenden Formular "SEPA-Lastschriftmandat" können Sie das bequeme und kostengünstige Lastschrifteinzugsverfahren vereinbaren.

Rechnungen werden nicht versandt

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Concordia Krankenversicherungs-AG, Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Concordia Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Concordia Krankenversicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. 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 Vertragschluss für die Concordia Krankenversicherungs-AG 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.

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Concordia Krankenversicherungs-AG

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

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

Die Concordia Krankenversicherungs-AG 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 einer anderen Gesellschaft der Concordia Versicherungen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.concordia.de/datenschutz eingesehen oder bei dem **Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, Telefon 0511/5701-1539, E-Mail: datenschutz@concordia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Concordia Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Concordia Versicherungen 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 Concordia Krankenversicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Concordia Krankenversicherungs-AG 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 Concordia Krankenversicherungs-AG 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 Concordia Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Concordia Krankenversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 Concordia Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen 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 Concordia Krankenversicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Concordia Krankenversicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Concordia Krankenversicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Ort / Datum

X

Antragsteller/in / Versicherungsnehmer/in

X

zu versichernde Person
(falls abweichend von Versicherungsnehmer/in)

X

Gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen
Einsichtsfähigkeit frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Gesetzliche Vertretung

X

Empfangs-
bestätigung

Ich bestätige hiermit, die folgenden Unterlagen rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages erhalten zu haben:

- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten;
- die Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die in der Kundeninformation genannten Vertragsbestimmungen zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Abs. 1 Ziffer 6 VAG (nur für Krankheitskostenvollversicherung)
- die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung;
- die Informationen zum Datenschutz;
- die Liste der Dienstleister.

Ort, Datum

X

Unterschrift Antragsteller/in zur Empfangsbestätigung

X

Schlussfolgerungen
und Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, 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: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

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 entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind in dem Versicherungsantrag unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge 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.

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

Erklärung

Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. (Bitte streichen, sofern nicht gewünscht)

Einwilligungs-
erklärung

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

Unterschriften

Bitte beachten Sie: Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden und die auf der Rückseite befindlichen Erklärungen und Hinweise, insbesondere die Einwilligungserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht, die Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie die Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests.

Alle Punkte sind wichtige Bestandteile des Vertrages.

Ort, Datum

X

Unterschrift Antragsteller/in

X

Unterschrift Vermittler/in

X

Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen

X

zu versichernde Person/en ab 16 Jahren

X

Mit meiner Unterschrift als Vermittler bestätige ich, dass mir gegenüber - insbesondere zu den Gesundheitsverhältnissen - keine weiteren Angaben als vorstehend gemacht wurden und dass die nebenstehenden Unterschriften in meiner Gegenwart geleistet wurden.

KV0000060

KV-1-2020-03 5/7

Aufsichtsratsvorsitzender: Jörn Dwehus – Vorstand: Dr. Stefan Hanekopf, Vorsitzender;
Wolfgang Glaubitz, Johannes Grale, Henning Mettler, Lothar See

Sitz der Gesellschaft: Hannover – Rechtsform: Aktiengesellschaft – Registergericht: Amtsgericht Hannover HRB 51482 – USt.-Id.-Nr.: DE 811285820

Besuchsanschrift: Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover – Internet: www.concordia.de

Bankkonto: Nord/LB Hannover IBAN: DE30 2505 0000 0101 4126 66, BIC: NOLADE2HXXX

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die 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 Concordia Krankenversicherungs-AG, 30621 Hannover 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 Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

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

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

2. Kündigung

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

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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 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 eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie wichtige Hinweise

Vorversicherungen

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 unzumutbar. Vor der schriftlichen Annahmeerklärung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins empfehlen wir, Ihre bisherige Versicherung nicht vorzeitig zu kündigen.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass ein Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand der Concordia Krankenversicherungs-AG schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder mir der Versicherungsschein zugegangen und die Widerrufsfrist abgelaufen ist. **Die Annahmefrist für den Versicherer beträgt 6 Wochen.** Wird der Antrag innerhalb dieser Frist nicht angenommen, ist kein Vertrag zustande gekommen. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn die Concordia Krankenversicherungs-AG sie schriftlich bestätigt.

Bei der Krankheitskosten-, der Krankentagegeld-, Pflege tagegeld- und der Pflegepflichtversicherung handelt es sich jeweils um rechtlich selbstständige Verträge.

Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem technischen Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Besonders vereinbarte Risikozuschläge werden während der Vertragsdauer bei einer Beitragsänderung entsprechend angepasst.

Steuervorteile für PKV-Beiträge

Neuregelungen im Einkommensteuergesetz durch das Bürgerentlastungsgesetz

Ab dem 01.01.2010 können Sie Ihre Beiträge zur privaten Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung steuerlich erheblich besser absetzen als bisher, ganz gleich ob Sie Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Freiberufler, Rentner oder Pensionär sind.

Bisher konnten Sie diese Beiträge nur sehr eingeschränkt steuerlich geltend machen: Zusammen mit anderen Versicherungsbeiträgen waren diese im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen für Nichtselbstständige mit Arbeitgeberzuschuss bzw. Beihilfensanspruch nur bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 € (Verheiratete: 3.000 €) und für Selbstständige bis 2.400 € (Verheiratete: 4.800 €) abzugsfähig.

Diese Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen werden nun auf 1.900 € (Verheiratete: 3.800 €) bzw. 2.800 € (Verheiratete: 5.600 €) erhöht.

Aber die wichtigere Neuregelung mit den stärkeren steuerlichen Auswirkungen lautet für Sie: Die Beiträge einer Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung, die Sie für sich selbst und für unterhaltsberechtigte Angehörige (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner und Kinder, soweit ein Kindergeldanspruch oder Kinderfreibetrag besteht) bezahlen, sind steuerlich abzugsfähig, auch wenn sie über den Höchstbeträgen für sonstige Vorsorgeaufwendungen liegen.

Wichtige Einschränkung: Die Höhe der steuerlichen Abzugsfähigkeit ist zwar nicht mehr eingeschränkt, sie gilt aber für die Beiträge, die dem gesetzlich festgelegten existenznotwendigen und sozialhilfegleichen Versorgungsniveau eines Basiskrankenversicherungsschutzes entsprechen. Die Beiträge zur Pflegepflichtversicherung sind aber immer uneingeschränkt in voller Höhe abzugsfähig.

Welcher Beitrag in jedem einzelnen unserer Tarife dem Niveau eines Basiskrankenversicherungsschutzes entspricht, wird von uns anhand brancheneinheitlicher prozentualer Beitragsabschläge ermittelt, die der Gesetzgeber in der „Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung“ (KVBEVO) für alle PKV-Unternehmen verbindlich festgelegt hat.

Beiträge für einen darüber hinaus gehenden höheren Krankenversicherungsschutz, auch wenn dieser notwendig und in der Regel PKV-Standard ist, werden hierbei nicht berücksichtigt. Hierzu gehören beispielsweise Beiträge für Zusatzleistungen im Krankenhaus, wie Chefarztbehandlung, Einbettzimmer oder ein Krankenhaustagegeld, aber auch Heilpraktikerbehandlung, hochwertiger moderner Zahnersatz, ergänzende Pflege tagegeldversicherungen oder eine Krankentagegeldabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit.

Wenn Sie aber mit Ihren Beiträge für den Basiskrankenversicherungsschutz und der Pflegepflichtversicherung die neuen Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen noch nicht ausgeschöpft haben, können Sie in Höhe des Differenzbetrages sowohl die (noch) nicht berücksichtigten Beiträge für den höheren Krankenversicherungsschutz als auch weitere sonstige Vorsorgeaufwendungen, wie z. B. Beiträge zu Haftpflicht-, Unfall-, Arbeitslosen-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, steuerlich geltend machen.

Arbeitgeberzuschuss

Der Arbeitgeberzuschuss bleibt/ist steuerfrei. Er wird in voller Höhe auf den steuerlich abzugsfähigen Beitrag des Arbeitnehmers angerechnet und vermindert diesen dadurch entsprechend. Das bisherige Verfahren zur Erlangung (Vorlage der Beitragsbescheinigungen beim Arbeitgeber) und zur Ermittlung der Höhe des Arbeitgeberzuschusses ändert sich aber nicht.

Angaben zum Einkommen

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender oder beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Dabei können Beitragsaufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die gesetzliche Rentenversicherung mit berücksichtigt werden.

Erläuterung des Unterschiedes zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests

Prädiktive genetische Untersuchungen haben das Ziel, die persönliche Disposition für eine möglicherweise zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären (Gentests ohne irgendwelche Symptome von Krankheiten). Ergebnisse sowie Informationen aus prädiktiven genetischen Untersuchungen müssen Sie bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht angeben.

Diagnostische genetische Untersuchungen haben das Ziel, die Ursachen bereits beobachteter Krankheitssymptome oder vorhandener gesundheitlicher Störungen abzuklären. Ergebnisse sowie Informationen aus solchen diagnostischen genetischen Untersuchungen müssen Sie im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht angeben.

Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Eine Beitragsrückerstattung vermindert zwar den steuerlich abzugsfähigen Beitrag. Sie wird aber nicht mit ihrer tatsächlichen Höhe, sondern wiederum nur anteilig in Höhe des steuerlich abzugsfähigen Beitrages (für einen Basiskrankenversicherungsschutz) angerechnet, der in der Regel niedriger ist als der zurückerstattete vollständige Tarifbeitrag.

Gesetzlicher Altersentlastungszuschlag

Der gesetzliche Altersentlastungszuschlag fließt anteilmäßig in die steuerliche Abzugsfähigkeit mit ein, soweit der auf Beiträgen für den Basiskrankenversicherungsschutz beruht.

Krankentagegeld

Einer Krankentagegeldversicherung zur Absicherung des Einkommensausfalls bei Arbeitsunfähigkeit kommt im Leistungsfall zwar eine existenzsichernde Bedeutung zu, ihre Beiträge sind aber im Rahmen des Basiskrankenversicherungsschutzes nicht abzugsfähig.

Lohnsteuerabzugsverfahren

Ihr Arbeitgeber bzw. Dienstherr berücksichtigt beim Lohnsteuerabzugsverfahren bereits im Januar 2010 die höheren abzugsfähigen Beiträge für den Basiskrankenversicherungsschutz und die Pflegepflichtversicherung. Übrigens: Das Finanzamt berücksichtigt die Neuregelungen auch für Selbstständige bei der Festsetzung von Einkommensteuer-Vorauszahlungen für 2010.

Risikozuschläge

Sofern die Gesundheitsverhältnisse einen Risikozuschlag erfordern, wird dieser bei den ermittelten Beiträgen für den Basiskrankenversicherungsschutz anteilmäßig und für die Pflegepflichtversicherung voll bei der steuerlichen Abzugsfähigkeit berücksichtigt.

Steuer-ID (nicht Steuernummer)

Die tatsächlich von Ihnen bezahlten Beiträge des vorangegangenen Kalenderjahres müssen wir zukünftig elektronisch an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermitteln, die diese Informationen in der „ELSTAM“-Datenbank verwaltet. Auf diese können dann Finanzämter und Arbeitgeber zum Zwecke des Datenabgleichs zugreifen, wenn Sie hierfür bei der zuständigen Finanzbehörde einen entsprechenden Antrag gestellt haben (dieses Antragsverfahren wird von Seiten der Finanzbehörden noch festgelegt). Eindeutiges Zuordnungskriterium für jeden Steuerpflichtigen ist hierbei die persönliche Steuer-ID. Nehmen Sie nicht an diesem Meldeverfahren teil, sieht das Gesetz eine Verringerung der steuerlichen Anrechnung vor. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung aber jederzeit schriftlich widerrufen.

Steuerliches Zufluss-/Abfluss-Prinzip

Es sind grundsätzlich nur die tatsächlich gezahlten Beiträge steuerlich abzugsfähig. Zurück erstattete Beiträge (z. B. Beitragsrückerstattung oder ein Arbeitgeberzuschuss) und Rückbuchungen vermindern den steuerlich abzugsfähigen Beitrag. Beitragszahlungen/-rückzahlungen werden immer nur in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem sie auch „geflossen“ sind.

Abschließender Hinweis

Diese Information haben wir für Sie nach bestem Wissen und unter unserem aktuellen Kenntnisstand zusammengestellt. Wir können keine Gewähr für die abschließende Richtigkeit, zukünftige Änderungen und etwaige Rechtsansprüche übernehmen. Für weitere Fragen und eine exakte Berechnung Ihrer steuerlichen Entlastung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

oder ☐ beiliegendem Versicherungs-Antrag

☐ und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern

An
Concordia Versicherungen
30621 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers): DE05CON00000154303

Mandatsreferenz: wird vom Versicherer vergeben

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Annahme des SEPA-Lastschriftmandats. Die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. ist berechtigt, die Ausführung abzulehnen bzw. einzustellen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/teilen wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. mit.

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Name und Anschrift Kontoinhaber/-in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in):

Herr

Vorname

Name

☐ Frau

Firma _____

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Wohnort/Ortsteil

Land

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in