

# Antrag auf Krankenzusatzversicherung

Neuantrag BD/Vertretung UV  
 Änderungsantrag zu VS-Nr.:

**1. Antragsteller/in**  
 Herr  
 Frau

Vorname/Name:   
 Geburtsdatum:   
 Staatsangehörigkeit\*:   
 Straße/Haus-Nr.:   
 Beruf / Branche\*  Selbstständig\*  ja  nein   
 PLZ  Wohnort/Ortsteil   
 Telefon beruflich\*\*/\*\*\*  Telefon privat\*\*/\*\*\*   
 Partner-Nr.:   
 Fax/E-Mail-Adresse\*\*/\*\*\*   
 Gleicher VN wie VSNR:   
 \*Angaben sind freiwillig  
 \*\* Ich möchte über andere Produkte der Concordia Versicherungen per Telefon, Fax, E-Mail oder sonstige Kommunikationsmittel informiert und beraten werden.  Ja  Nein  
 Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen. Erfolgt von mir kein Widerruf, gilt die Einwilligung nur bis zur Beendigung der Vertragsbeziehungen mit den Unternehmen der Concordia Versicherungen.

**2. Zu versichernde Person (VP)**

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

<p><b>1. Zu versichernde Person</b> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Name: <input type="text"/>          Vorname: <input type="text"/>          Geburtsdatum: <input type="text"/>          Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller) <input type="text"/>          Mitglied "BIG direkt gesund" <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Versichertennummer <input type="text"/>          Berufliche Tätigkeit <input type="text"/> Branche <input type="text"/>          Berufsstellung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstige          Versicherungs-/Änderungsbeginn: <b>0 1</b> <input type="text"/> <b>2 0</b> <input type="text"/></p>	<p><b>2. Zu versichernde Person</b> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Name: <input type="text"/>          Vorname: <input type="text"/>          Geburtsdatum: <input type="text"/>          Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller) <input type="text"/>          Mitglied "BIG direkt gesund" <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Versichertennummer <input type="text"/>          Berufliche Tätigkeit <input type="text"/> Branche <input type="text"/>          Berufsstellung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstige          Versicherungs-/Änderungsbeginn: <b>0 1</b> <input type="text"/> <b>2 0</b> <input type="text"/></p>
--	--

**3. Tarife, Beitrag**

	mtl. Beitrag	Tagessatz*	mtl. Beitrag	mtl. Beitrag	Tagessatz*	mtl. Beitrag
<input type="checkbox"/> Tarif AZ**	€	<input type="checkbox"/> Tarif SZ PLUS	€	<input type="checkbox"/> Tarif AZ**	€	<input type="checkbox"/> Tarif SZ PLUS
<input type="checkbox"/> Tarif AZ PLUS	€	<input type="checkbox"/> Tarif KHT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/> Tarif AZ PLUS	€	<input type="checkbox"/> Tarif KHT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarif AZ ZAHN**	€	<input type="checkbox"/> Tarif KT43 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/> Tarif AZ ZAHN**	€	<input type="checkbox"/> Tarif KT43 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarif SZ1	€	<input type="checkbox"/> Tarif PT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/> Tarif SZ1	€	<input type="checkbox"/> Tarif PT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarif SZ2	€	<input type="checkbox"/> Tarif PT3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/> Tarif SZ2	€	<input type="checkbox"/> Tarif PT3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Gesamtbeitrag:  € Die Beitragszahlung erfolgt:  monatlich  halbjährlich (2 % Nachlass)  jährlich (3 % Nachlass)  
 Diese Nachlässe werden nur gewährt, wenn im Voraus mit Lastschrift bezahlt wird. Der Beitrag wird fällig bei Zustandekommen des Vertrages (zwei Wochen nach Zugang der Police, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn)  
 Mitglieder der "BIG direkt gesund" erhalten unabhängig von der Zahlungsweise einen Nachlass von 3 %.

\* **KHT** ist in 10 €-Stufen bis maximal 50,- € für Personen bis 14 Jahre und bis maximal 100,- € für Personen ab 15 Jahre versicherbar. Der Beitrag verdoppelt sich für den Teil des Krankenhaustagegeldes, der 70,- € übersteigt.  
**KT43** ist in 5,- €-Stufen bis maximal 15,- € täglich als Versorgungslücke zur GKV versicherbar.  
**PT** und **PT3** sind in 5,- €-Stufen bis maximal 100,- € täglich (ggf. aus beiden Tarifen zusammen) versicherbar.  
 \*\* Für den Tarif **AZ** gilt ein Zuschlag von 1,30 € für jeden fehlenden Zahn als vereinbart. Personen mit mehr als 4 fehlenden Zähnen sind nicht versicherbar. Bei vorhandener voller prothetischer Versorgung gilt je Kiefer ein Zuschlag von 5,50 € vereinbart.

**4. Wartezeiten** Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Sie zählen vom Versicherungsbeginn an.

**5. Lastschriftverfahren** Die Beiträge sind bis auf Widerruf von nachstehendem Konto einzuziehen:  
 Kontonummer  BLZ  bei Geldinstitut   
**Rechnungen werden nicht versandt** Name des Kontoinhabers (falls vom Versicherungsnehmer abweichend)  Datum und Unterschrift des Kontoinhabers (falls vom Versicherungsnehmer abweichend)

**6. Angaben zu weiteren Versicherungen** Bitte teilen Sie uns mit, welche Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) zurzeit besteht.  
**Bitte beachten Sie:** Grundlage für die Tarife AZ, AZ PLUS, AZ ZAHN, SZ1, SZ2, SZ PLUS ist die Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.  
 (Abkürzungen: **GKV** = Gesetzliche Krankenversicherung / **PKV** = Private Krankenversicherung / **KHT** = Krankenhaustagegeld / **KT** = Kranken(tage)geld / **PT** = Pflgetagegeld)

VP-Nr.	Ver-sicherung GKV PKV	Name GKV / PKV	KHT-Höhe in €	KT-Höhe in €	PT-Höhe in €	Wurde ein Antrag/Vertrag jemals von einer PKV abgelehnt/beendet? nein ja, am (TT.MM.JJ):	Versicherungszeiten von – bis (TT/MM/JJ)
<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 wenn KT beantragt wird**

VP-Nr.	Selbstständige/Freiberufler				Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?	Arbeitnehmer Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate?
	Art der beruflichen Tätigkeit bzw. des selbstständigen Gewerbes? Seit wann?	Anzahl der Mitarbeiter?	Eintragung ins Handelsregister/ Gewerbeanmeldung Wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

KV000004

1/4

KV 12 2.2011

8. Erklärungen über die Gesundheitsverhältnisse der versichernden Person(en) **Bitte lesen Sie vor der Beantwortung der nachstehenden Gesundheitsfragen die umseitige 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. 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 den in den Schlusserklärungen aufgeführten Hinweis zur Schweigepflichtentbindung. Wurde eine Anlage verwendet?  nein  ja, bestehend aus insgesamt  Seiten (bitte durchnummerieren und jede einzelne Seite unterschreiben)**

Die Fragen 8.1 – 8.10 sind für die Tarife AZ, AZ PLUS, SZ, SZ PLUS KHT u. KT43 zu beantworten

	VP 1	VP 2
8.1 Bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, körperliche Fehler oder Unfallfolgen? Abhängigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.2 Ist eine ambulante, zahnärztliche oder stationäre Behandlung durch einen Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt oder anderen Therapeuten angedacht, beabsichtigt oder geplant? (z. B. Entfernung von Fremdmaterial, Kontrolluntersuchungen) Wenn noch Untersuchungsergebnisse ausstehen, bitte nähere Angaben unter Pkt. 11	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.3 Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre ambulant von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehöriger sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeut) behandelt oder untersucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.4 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden? Wenn "nein", gelten die nachstehenden Unterfragen a bis g auch mit "nein" beantwortet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a Blut, Blutgefäße, Herz oder Kreislauf (z. B. Blutgerinnungsstörung, Krampfadern, Bluthochdruck, Herzfehler)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b Atmungsorgane, Allergie, Haut (z. B. Asthma, Bronchitis, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c Knie-/Hüft-/Schultergelenke, Rücken (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d Harn-/Geschlechtsorgane, Sterilität (z. B. Blasenentzündung, Zysten, eingeschränkte Fruchtbarkeit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e Gehirn, Stoffwechsel (z. B. Kopfschmerzen/Migräne, Epilepsie, Zucker-/ Schilddrüsenkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f Entzündliche Gelenk- oder Bindegeweberkrankungen (z. B. Arthritis, Rheuma, Morbus Bechterew)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g Verdauungsorgane (z. B. Magen-/Darmentzündung, Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.5 Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, beraten, behandelt oder operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.6 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? Steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.7 Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? <input type="text"/> (bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.8 Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
8.9 Tragen Sie eine Sehhilfe oder ist eine solche angeraten? Anzahl Dioptrin rechts/links: <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.10 Werden weitere Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Prothesen) verwendet? Welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. Die Fragen "a und e" sind für die Tarife AZ, "a – e" für AZ ZAHN und SZ PLUS zu beantworten	a Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Naturzähne (ohne Weisheitszähne und ohne Lückenschluss):	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
	b Anzahl der fehlenden, ersetzten Zähne? Wann wurden diese ersetzt? <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
	c Anzahl der vorhandenen Zahnkronen? Wann wurden diese überkront? <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
	d Sind zahnärztliche Maßnahmen notwendig, vorgesehen oder angeraten (ohne Kontrolluntersuchungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	e Besteht eine prothetische Versorgung (Voll- oder Teilprothese)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Die Fragen 10.1 – 10.2 sind für die Tarife PT, PT3 zu beantworten	10.1 Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder Rente wegen Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung erhalten oder ist ein solcher Antrag gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	10.2 Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen/Diagnosen/Zustände? Gehirnblutung, Hirntumor, Alzheimer, Demenz, Parkinson, Depressionen, Psychosen, Schizophrenie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Krebserkrankung, HIV-Infektion/AIDS, Hepatitis, Leberzirrhose, Nierenerkrankung, Diabetes Mellitus, Osteoporose, Querschnittslähmung, Rheumatische Erkrankungen, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, Zustand vor oder nach einer Organtransplantation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11. Weitere Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 8.1 - 10.2:	VP-Nr.	Zu Frage	Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandelt von / bis (Monat / Jahr)	Operiert?	Ausgeheilt?	Arbeitsunfähig von / bis (Monat / Jahr)
				–	<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	–

**Empfangsbestätigung**

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

- das Produktinformationsblatt zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die in der Kundeninformation genannten Vertragsbestimmungen zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung;
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung – Fassung März 2010.

Ort, Datum  Unterschrift Antragsteller/in zur Empfangsbestätigung

**Schlusserklärungen 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, 1/90 des Vierteljahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind in dem Versicherungsantrag unter „Vertragslaufzeit“ oder unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Die Erstattung zurückzahlender 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)

**Unterschriften**

**Bitte beachten Sie: Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden und die auf der Rückseite befindlichen Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem Einwilligungserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zum Datenschutz und zu Bonitätsfragen. Alle Punkte sind wichtige Bestandteile dieses Vertrages.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen

Unterschrift Vermittler/in

zu versichernde Person/en ab 16 Jahren

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.

KV000004

2/4

KV 12 2.2011

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die 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 Gefahrabsicherung 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- und der Pflegetagegeldversicherung 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.

## Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz – BDSG –

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer, medizinische Dienstleister und Beratungsärzte zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Concordia Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer sowie medizinische Dienstleister und Beratungsärzte übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und die Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenvereinbarung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## Einwilligungserklärung für die Datenspeicherung und den Datenaustausch im Zusammenhang mit einer Mitgliedschaft bei der BIG direkt gesund

Im Bereich der Zusatzversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung kooperiert die Concordia Krankenversicherungs-AG mit der BIG direkt gesund Krankenkasse (BIG). Gegenstand der Kooperation ist u.a., dass den Mitgliedern der BIG besondere Konditionen für die Tarife der Concordia Krankenversicherungs-AG gewährt werden.

Wenn ich gegenüber der Concordia Krankenversicherungs-AG angegeben habe, dass ich bei der BIG gesetzlich krankenversichert bin, werden bestimmte Daten aus meinem bei der Concordia Krankenversicherungs-AG gestellten Antrag (Name, Alter, Geschlecht, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, versicherte Tarife), von der Concordia Krankenversicherungs-AG an die BIG übermittelt, um das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses zwischen mir und der BIG zu überprüfen. Die BIG erteilt der Concordia Krankenversicherungs-AG entsprechende Auskünfte, speichert und nutzt die o.g. Daten dann für weitere Beratungs- und Informationszwecke im Zusammenhang mit der Zusatzversicherung. Mit diesem Datenaustausch und der nachfolgenden Speicherung durch die BIG erkläre ich mich hiermit einverstanden.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

## Einwilligungsklausel für Bonitätsanfragen

Ich willige ein, dass die Concordia Krankenversicherungs-AG zu Zwecken des Vertragsabschlusses sowie der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meiner Bonität von der InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden oder weiteren vergleichbaren Unternehmen bezieht und nutzt. Ich willige ein, dass die der Concordia Krankenversicherungs-AG zugegangenen Informationen Einfluss auf den Umfang des Versicherungsvertrages haben können.

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrages und auch für weitere bei der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. und den nach §§ 15 ff. Aktiengesetz mit ihr verbundenen Unternehmen beantragte Verträge. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei der Concordia Krankenversicherungs-AG zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

## 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.

## Hinweis zur Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsabschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben prüfen kann, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

Damit die Überprüfung der Angaben durch den Versicherer erfolgen kann, ist es notwendig, dass die jeweiligen Personen und Stellen, bei denen die Gesundheitsdaten über mich

gespeichert sind (Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden) durch mich von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

Eine entsprechende Entbindungserklärung gebe ich im Rahmen der Antragstellung nicht ab. Daher teilt mir der Versicherer mit, von welchen Dritten eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann schriftlich, ob ich die genannten Dritten von der Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass eine Verweigerung oder Verzögerung der Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Risikoprüfung den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages verzögern oder sogar verhindern kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.