



Maßstäbe / neu definiert

Sofortantrag auf Zahnschutz DENT bei der AXA Krankenversicherung AG

Stempel / Kontaktdaten

Interne Angaben DBV

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1				Vermittlernummer 2				Motiv	VK	
<input type="checkbox"/> PV	<input type="checkbox"/> AF	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ÖD	<input type="checkbox"/> GM	GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer				Externe Vertragsreferenz 1				Externe Vertragsreferenz 2

Interne Angaben AXA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NL/VD	RB	AB	Verm.-Nr.	PT-Nr.	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Versicherungs-Nr.				SV-Nr.	

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen

Antragsteller /-in, Versicherungsnehmer /-in

Herr Frau Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Berufliche Tätigkeit, Branche

Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Telefon E-Mail

Privatwirtschaft Arbeiter /-in Angestellte /-r
 Selbstständige /-r Freiberufler /-in Öffentlicher Dienst
 Student /-in, Schüler /-in Hausfrau /-mann Sonstige

Zu versichernde Person

1. Person Männlich Weiblich
Name Vorname
Geburtsdatum Monatsbeitrag

2. Person Männlich Weiblich
Name Vorname
Geburtsdatum Monatsbeitrag

3. Person Männlich Weiblich
Name Vorname
Geburtsdatum Monatsbeitrag

Ich beantrage den Abschluss des Tarifs DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen

Versicherungsbeginn / Tarif

Versicherungsbeginn
0 1 | | | | | | | | | |

Gesamtbeitrag in Euro

Ihren persönlichen Beitrag entnehmen Sie bitte der Tabelle. Danke.

Widerrufliche Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen abgebucht werden. Beitragsrate mindestens 5 Euro.

Kontonummer
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bankleitzahl
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber / -in (Name, Vorname – nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller / -in)

Unterschrift (falls nicht Antragsteller / -in)

Ort, Datum

Wichtig für Antragsteller /-in und zu versichernde Person(en)

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der / die Vermittler/-in für Sie in diesen Sofortantrag oder in andere Schriftstücke eintragen, auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Sofortantrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Innenteil. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Erhebung gesundheitsbezogener Daten und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung.

Sie können diesen Sofortantrag bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf in Textform, z. B. per Fax oder E-Mail mit Angabe des vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Versicherungen AG, 50592 Köln, Fax: 02 21 – 148-3 62 02, E-Mail: info@axa.de.

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin – ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in der mitzuversichernden Person

Unterschrift der volljährigen zu versichernden Person bezogen auf alle obigen Erklärungen

Ggf. Name / Unterschrift des Vermittlers / der Vermittlerin



Bitte in Blockschrift ausfüllen

Persönliche Angaben

Versicherungsnehmer/Antragsteller, Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Versicherungs-Schein-Nummer

Vermittler, Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Orga-Nr.

Ort/Tag der Beratung

Büro des Betreuers Telefonisch
 Wohnung/Betrieb des Kunden Sonstiges:

Tag der Beratung

Zusätzliche Gesprächsteilnehmer

Gesprächsanlass

Auf eine **Beratung** und ~~/oder~~ **Dokumentation** haben Sie ausdrücklich verzichtet (Unzutreffendes bitte streichen).

Hinweis: Sie sind darauf hingewiesen worden, dass sich der Beratungsverzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherungsvermittler und/oder das Versicherungsunternehmen einen Schadenersatzanspruch wegen Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend zu machen.

Dieser Verzicht wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die AXA Versicherungen zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift Versicherungsnehmer

Wichtige Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des BDSG erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten **personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - b) zur Weitergabe an den / die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die Gesellschaften der DBV Deutsche Beamtenversicherung zählen und die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
- durch andere Unternehmen / Personen / Dienstleister innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die Gesellschaften der DBV Deutsche Beamtenversicherung zählen), denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z. B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleistungsgesellschaften werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleistungsgesellschaften sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;

6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risiko-
beurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Ver-
sicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände
und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenver-
sicherung e. V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungs-
unternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten
Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen
dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige
Finanzdienstleistungen durch
- a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe (zu denen
auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversiche-
rung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG,
sowie die Gesellschaften der DBV Deutsche Beamtenversiche-
rung zählen) und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter
www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf
Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen
mit Gewerkschaften / Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt
werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer
zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht,
mit den Gewerkschaften / Vereinen einen Datenabgleich
vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Ver-
sicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten
einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen
der AXA Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamten-
versicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG, sowie die Gesellschaften der DBV
Deutsche Beamtenversicherung zählen) oder eine Auskunftfei
(z. B. Bürgel, infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der
Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe (zu denen auch die
DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweig-
niederlassung der AXA Krankenversicherung AG, sowie die Gesell-
schaften der DBV Deutsche Beamtenversicherung zählen) oder
eine Auskunftfei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer
Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der
Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende
Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von mir angegebenen oder
übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur
Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit
und Datenvermeidung sind zu beachten.

- b) Ich willige ferner ein, dass die von mir angegebenen oder über-
mittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der
Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1
(Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch
mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Out-
sourcing an Dienstleistungsgesellschaften), Nr. 6 (Missbrauchs-
bekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet
werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine
Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im
Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheits-
daten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen
und verwendet werden (Ziffer II. Nr. 6). Im Rahmen der Beratung
und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an
meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen
der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallver-
sicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzu-
versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen
mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser
Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns
bitte den Kontoinhaber, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die
Bankverbindung mit.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank W. Keuper

Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;

Jörg Arnold, Dr. Patrick Dahmen, Thomas Michels