

**A R A G**  
**Krankenversicherungs-AG**  
**Postfach 82 01 73**  
**81801 München**

Ihr Ansprechpartner:  
Vertragsservice  
Telefon:  
(089) 4124-8200

Antragsnummer **101108492**  
Antragsteller: Jannick Lawson Boemigan  
zu versichernde Person(en): Tajo Lawson Boemigan

### **Nachbearbeitungsauftrag (A)**

---

Sie ermöglichen uns die Risikoprüfung, indem Sie für **Tajo Lawson Boemigan** Kopien aller Seiten des **Kinderuntersuchungsheftes/Vorsorgeheftes** der bisher notwendigen und durchgeföhrten U-Untersuchungen einreichen.

Bei der vorliegenden **digitalen Unterschrift des Kunden** handelt es sich nicht um eine **fortgeschrittene elektronische Unterschrift (FES)**.

Aus rechtlichen Gründen können wir Anträge nur beim Vorliegen einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur oder einer physischen Unterschrift akzeptieren. **Daher lassen Sie bitte den Antrag neu gegenzeichnen.**

**Hinweis:** Aus rechtlichen Gründen muss uns immer die komplette Antragskopie eingereicht werden.

---

Ich erkläre die oben genannten Vorschläge und/oder Ergänzungen zum verbindlichen Inhalt meines Antrages vom 29.03.2024. Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.

Rövath, 30.04.24  
Ort, Datum

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Anlage: Antragskopie

## ARAG Kranken-Zusatzversicherung



Bitte speichern Sie den Antrag und öffnen Sie ihn dann mit dem Adobe Reader, um alle Funktionen für ein leichtes und reibungsloses Ausfüllen nutzen zu können.

Ges.	Abschluss-Orga	Vermittler-Nr.	<input type="checkbox"/> Fernabsatz
------	----------------	----------------	-------------------------------------

Es darf bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen kein gleichartiger Versicherungsschutz bestehen bzw. beantragt sein. Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 ist nur möglich, wenn in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip im zahnärztlichen Versorgungsbereich gewährt wurde.

Neuantrag  Änderungsantrag

ARAG Vertrags-Nr.

Versicherungsnehmer/ Antragsteller	<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Neutrale Anrede				
Name	Lawson Boemigan	Titel			
Vorname	Jannick				
Straße	Heinrich-Heine-Weg	Hausnummer	15	Adresszusatz	
PLZ	511503	Wohnort	Rösrath	Telefon*	015154970580
E-Mail*	janick.lawson@protonmail.com		Telefon mobil*	015154970580	
<input checked="" type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Sonstiger	Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung Informatiker/in		Wenn selbstständig, seit wann?		
<input type="checkbox"/> Der Antragsteller ist gleichzeitig zu versichernde Person 1					

**Information über ARAG Versicherungen** Für eine gute Beratung und Betreuung rund um Recht, Absicherung, Gesundheit und Vorsorge möchten wir Sie stets mit aktuellen Informationen auf dem Laufenden halten. Dafür benötigen wir Ihre Zustimmung.  
 Ich bin damit einverstanden, dass Sie und die von Ihnen beauftragten Mitarbeiter und Versicherungsvermittler mich telefonisch, per SMS und E-Mail über Versicherungsprodukte und Services der ARAG SE, der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und der ARAG Krankenversicherungs-AG für mich oder meine Familienangehörigen informieren. Dieses Einverständnis umfasst auch die Ansprache zur Markt- und Meinungsforschung. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann das Einverständnis jederzeit widerrufen: per E-Mail an Anfrage-KV@ARAG.de, unter 089 4124 9566 oder per Post an ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München.

Versicherungsbeginn  Datum zugleich Termin der 1. Beitragsfalligkeit

Zahlungsweise  jährlich (4% Skonto)  ½-jährlich (2% Skonto)  ¼-jährlich  monatlich  
 Ich wünsche die widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge  zum 1. eines Monats  zum 15. eines Monats  
 (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Zu versichernde Person 1	<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Neutrale Anrede		
Name (wenn nicht Antragsteller)	Lawson Boemigan	Titel	
Vorname	Tajo		
Geburtsdatum			25.10.2023
Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller			

Angestellter  
 Selbstständiger  
 Freiberufler  
 Sonstiger  
 Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung  
Kind

Wenn selbstständig, seit wann?

Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller:  
 Ehegatte, eingetragener Lebenspartner  
 Verlobte/r, eheähnliche Lebensgemeinschaft  
 Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel  
 Elternteil, Großelternteil, Stiefeltern, Pflegeeltern  
 Geschwister, Schwager/Schwägerin, Onkel/Tante, Neffe/Nichte  
 Sonstige

\* freiwillige Angabe

A 842 2.2023

ARAG Krankenversicherungs-AG - entspricht dem Original

1/8

Zu versichernde Person 2	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Neutrale Anrede	Name (wenn nicht Antragsteller)	Titel
		Vorname	Geburtsdatum
		Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller	
	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Sonstiger	Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung	Wenn selbstständig, seit wann?
	Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller: <input type="checkbox"/> Ehegatte, eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Verlobte/r, eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel		
	<input type="checkbox"/> Elternteil, Großelternteil, Stiefeltern, Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Geschwister, Schwager/Schwägerin, Onkel/Tante, Neffe/Nichte <input type="checkbox"/> Sonstige		
Sonstige Bemerkungen/ Hinweise			

Angaben zur GKV/Versicherungen						
Bestehende, bestandene, beantragte, abgelehnte, der letzten fünf Jahre		Pers. Krankenversicherung/Krankentagegeldversicherung Versicherer/Kasse		Pflege-/Pflegezusatzversicherung Versicherer/Kasse		Besteht seit (TT.MM.JJJJ)
1	Securvita BKK				25.10.2023	

Tarife und Beiträge						
Person 1	<input type="checkbox"/> MedKlinik 1-Bett S <input type="checkbox"/> MedKlinik 1-Bett L <input type="checkbox"/> Dent70** <input type="checkbox"/> V100***	<input type="checkbox"/> MedKlinik 2-Bett S <input type="checkbox"/> MedKlinik 2-Bett L <input type="checkbox"/> Dent90** <input type="checkbox"/> FlexiPro*	<input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> Dent90+** <input type="checkbox"/> Bjunior***	<input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 482* <input type="checkbox"/> Dent100** <input type="checkbox"/> Bjunior****	<input type="checkbox"/> 482* <input type="checkbox"/> 483* <input type="checkbox"/> Dent100** <input type="checkbox"/> Bjunior****	<input type="checkbox"/> 11 Euro/Tag <input type="checkbox"/> 37 Euro/Tag <input type="checkbox"/> Tarifbeitrag/Euro <input type="checkbox"/> 12.65 Zuschlag/Euro
Person 2	<input type="checkbox"/> MedKlinik 1-Bett S <input type="checkbox"/> MedKlinik 1-Bett L <input type="checkbox"/> Dent70** <input type="checkbox"/> V100***	<input type="checkbox"/> MedKlinik 2-Bett S <input type="checkbox"/> MedKlinik 2-Bett L <input type="checkbox"/> Dent90** <input type="checkbox"/> FlexiPro*	<input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> Dent90+** <input type="checkbox"/> Bjunior***	<input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 482* <input type="checkbox"/> Dent100** <input type="checkbox"/> Bjunior****	<input type="checkbox"/> 482* <input type="checkbox"/> 483* <input type="checkbox"/> Dent100** <input type="checkbox"/> Bjunior****	<input type="checkbox"/> 11 Euro/Tag <input type="checkbox"/> 37 Euro/Tag <input type="checkbox"/> Tarifbeitrag/Euro <input type="checkbox"/> 12.65 Zuschlag/Euro

\* Aufgrund des im Tarif enthaltenen Optionsrechts sind zusätzlich die Fragen 7.a), 7.b) und 7.c) zu beantworten.  
\*\* Für die Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 sind nur die Fragen 7.a), 7.b) und 7.c) zu beantworten.  
\*\*\* Für Tarif V100 müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.  
\*\*\*\* Für die Tarife Bjunior und Kjunior müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden. Für alle in diesem Tarif versicherten Kinder/Jugendliche gilt ein Gesamtbeitrag. Tragen Sie den Beitrag für diesen Tarif deshalb ausschließlich bei dem ersten Kind ein, unabhängig davon, wie viele Personen Sie versichern möchten.

Gesamtbeitrag (Beitragsrate mindestens 4 Euro)	Monatlicher Gesamtbeitrag inkl. evtl. Zuschläge
	12.65
Angaben zu Krankenhaus- tagegeld- und Kranken- tagegeld- Versicherungen	
Person 1	a) Haben Sie anderweitig eine Versicherung für Krankenhaustagegeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Tagesatz Euro
Person 2	b) Haben Sie anderweitig Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Krankengeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab Tag Tages- satz Euro
	c) Ihr monatliches Nettoeinkommen
	d) Haben Sie bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts? Für wie lange? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie lange? Tage
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie lange? Tage

Ich bestätige, dass das beantragte Krankenhaustagegeld zusammen mit anderen Krankenhaustage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Hinweis: Geht die betroffene Person einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nach, ist die Absicherung einer Krankenhaustagegeldversicherung nicht möglich. Bei gleichzeitiger Ausübung einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und einer geringfügigen Beschäftigung, kann der Einkommensanteil aus der geringfügigen Beschäftigung nicht auf das versicherbare Nettoeinkommen angerechnet werden.

Erklärung zu den Tarifen Bjunior und Kjunior

Ich bestätige, dass die im Tarif Bjunior/Kjunior aufgeführten zu versichernden Personen

- die leiblichen oder adoptierten Kinder des Versicherungsnehmers sind oder
- Kinder/Jugendliche sind, die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht**

Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantworten. Dabei müssen Sie auch von Ihnen für un wesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben.

Wir dürfen gemäß Gendiagnostikgesetz weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages genetische Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch ist es uns untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse bzw. Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Sie sind jedoch verpflichtet, bestehende Erkrankungen und Vorerkrankungen anzugeben - unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

<b>Gesundheitsangaben</b>	<b>1. Größe und Gewicht</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
	Wie groß sind Sie?	Größe in cm 70	Größe in cm
	Wie viel wiegen Sie?	Gewicht in kg 9	Gewicht in kg
	<b>2. Allgemeiner Gesundheitszustand</b>		
	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen, sonstige Gesundheitsstörungen, Körperimplantate oder Prothesen, eine anerkannte Behinderung oder sind Behandlungen beabsichtigt bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
	(Zum Beispiel Bandscheibenschädigungen, Skoliose, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Gelenke, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Verdauungsorgane, der Nerven, Herz- und Kreislaufkrankungen, Sterilität, Infertilität, Hüftdysplasie, Amputation, Gelenkersatz, vorhandenes Fremdmaterial, Brustimplantate, Diabetes, Allergien, Tumore, HIV-Infektion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.		
	<b>3. Stationäre Behandlungen</b>		
	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär im Krankenhaus behandelt bzw. fand eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wann, wo, weshalb, welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.		
	<b>4. Medikamente</b>		
	Werden oder wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.		
	<b>5. Erkrankungen der Psyche/Suchtmittelteilnahme</b>		
	Finden derzeit oder fanden in den letzten 10 Jahren aufgrund psychischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Erkrankungen bzw. Beschwerden oder wegen einer Suchtmittelteilnahme ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen oder Psychotherapien statt oder sind solche angeraten bzw. beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
	Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>6. Ärzte und/oder andere Leistungserbringer</b>		
	Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben kann?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• der letzten 3 Jahre (ambulant), • der letzten 5 Jahre (stationär) bzw. • der letzten 10 Jahre (bei psychischen Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Antragsteller</b>	Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers		
	Person 1	Dr. Angelika Bolte, Eigen 81, 51503 Rösrath	
Person 2			

(Nur bei Tarifen mit vorhandenem Optionsrecht und mit Zahnschutz zu beantworten)

### 7.a) Allgemeiner Gebisszustand

Finden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen statt oder sind solche notwendig, vom Zahnarzt empfohlen oder beabsichtigt?

Person 1

### Person 2

Is\*  pain

## 7.b) Parodontale Erkrankungen

Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?

ja\*  nein

7.c) Zahnstatus

Wie viele Zähne fehlen bei Ihnen und sind nicht ersetzt? (ohne Milch-/Weisheitszähne, einen vollständigen Luckenschluss müssen Sie nicht als fehlenden Zahn angeben)  
und/oder  
Wie viele Ihrer Zähne sind durch Prothesen ersetzt? (herausnehmbarer Zahnersatz)

Anzahl \*\*  keine

\*\* Wenn die Fragen 7.a) und 7.b) mit „nein“ beantwortet werden und einer zu versichernden Person 1-3 Zähne fehlen und/oder diese durch eine Prothese ersetzt sind, erklären Sie sich mit einem Beitragszuschlag von 20 Prozent je Zahn einverstanden. Ab 4 Zähnen ist eine Annahme nicht möglich.

ja  nein

Falls Sie mit dem Beitragszuschlag nicht einverstanden sind oder die Frage 7.a) und/oder 7.b) mit „ja“ beantwortet haben, gilt bei 1-3 Zähnen folgende Vereinbarung:

Für die bei Antragstellung fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzen Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) und allen hiermit zusammenhängenden Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.

Vereinbarungen für die Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 zu den Fragen 7.a) und 7.b)

\* Frage 7.a) wurde mit „ja“ beantwortet

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgungen sowie kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen, die bei Antragstellung der zu versichernden Person bereits begonnen haben oder

- bereits begonnen haben oder
- bereits notwendig oder beabsichtigt waren bzw. vom Zahnarzt bereits empfohlen worden sind

\* Frage 7.b) wurde mit „ja“ beantwortet.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle parodontalen Erkrankungen und alle darauf zurückzuführenden Zahnbehandlungen sowie Zahnersatzversorgungen.

- Frage 7.a) und/oder Frage 7.b) wurde mit „ja“ beantwortet  
Abweichend von Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedi-

Abweichend von Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten folgende summenmäßige Begrenzungen:

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	250 €	500 €	500 €	750 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	750 €	1.500 €	1.500 €	2.250 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	1.250 €	2.500 €	2.500 €	3.750 €

Ab Beginn des sechsten Kalenderjahres leisten wir unbegrenzt

Zusätzlich  
Gesundhei  
angal

- Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so beantworten Sie diese unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag und verweisen Sie im Antrag auf diesem Beiblatt.

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-7, wenn mit ja beantwortet

**Beratungsprotokoll** Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

**Versicherungsschutz und Abbuchungs-erlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist** Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (falls nicht zutreffend, bitte streichen). Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (falls nicht zutreffend, bitte streichen). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die zu erstattenden Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Nähere Informationen zum Widerrufsrecht finden Sie in der Versichererinformation unter Ziffer 10. Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.

**Schweigepflicht-entbindungs-erklärung für die Einholung von Wirtschaftsauskünften** Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass über mich zum Zweck der Prüfung eines Vertragsabschlusses Wirtschaftsauskünfte über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit von der ARAG Krankenversicherungs-AG eingeholt und genutzt werden können. Es werden mein Vorname und Name, meine Anschrift und mein Geburtsdatum an eine Wirtschaftsauskunftsstelle (z. B. Infoscore Consumer Data GmbH, SCHUFA Holding AG, Creditreform AG) übermittelt. Hierzu entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Krankenversicherungs-AG im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an Wirtschaftsauskunftsstellen von ihrer Schweigepflicht. (nur bei Antrag auf: 482, 483 und Flexipro)

**Datenschutzhinweise** Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie auf ARAG.de unter der Rubrik Datenschutz.

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungs-erklärung** Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung 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 ARAG Krankenversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag von Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG**

Ich willige ein, dass die ARAG 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 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die ARAG Krankenversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich die ARAG Krankenversicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Krankenversicherungs-AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten Sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ARAG Krankenversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungs-erklärung**

der Antragsstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

**2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns 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. Bitte entscheiden Sie sich für einer der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1. – Möglichkeit I).

**Möglichkeit II:**

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungs-erklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

Wir verpflichten 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 versicherten Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ARAG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

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 Einwilligungs-erklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.ARAG.de](http://www.ARAG.de) eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon (0 89) 41 24-82 00, [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ARAG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

**3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass 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- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 auf den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns 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 ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

**3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass die, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zu lassen, 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 ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungs-erklärung**

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt  
Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.  
Ich willige ein, dass die ARAG 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.

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen insbesondere auch die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichterklärung“ ab. Ebenso bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben. Auch haben Sie die übrigen Hinweise im Abschnitt „Wichtige Hinweise/Erklärungen“ zur Kenntnis genommen.

**Unterschriften**  
Vor- und Nachnamen

Ort/Datum	Rösrath 29.03.24	Antragsteller	
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter		zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)	
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter		zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)	

\*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

**Empfangsbestätigung**

- Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (nicht zutreffendes bitte streichen):
- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Versicherteninformationen),
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III,
  - Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
  - Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht),
  - Datenschutzhinweise.

**Unterschrift**  
Vor- und Nachname

Ort/Datum	Rösrath 29.03.24	Antragsteller	
-----------	------------------	---------------	--

## SEPA-Lastschriftmandat



zum Antrag vom Datum  
29032024

zum Vertrag ARAG Vertrags-Nr.: Mandatsreferenz-Nr.: Wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt.

Kontoinhaber  Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller ist gleichzeitig Kontoinhaber/Mandatsgeber.

Mandatsgeber

<input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname, Titel, Firma Lawson, Jannick
<input type="checkbox"/> Frau	
<input type="checkbox"/> Neutrale Anrede	
<input type="checkbox"/> Firma	Addresszusatz oder Rechtsform bei Firma Straße, Hausnummer Heinrich-Heine-Weg 15
PLZ	Ort 51503 Rösrath

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich (uns) die ARAG spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“).

Kreditinstitut kein Sparkonto	Name ING Diba
IBAN	D E 1 8 5 0 0 1 0 5 1 7 5 4 4 4 5 8 3 3 9 0
BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)	I N G D D E F F X X X

Zahlungs-  
empfänger ARAG Krankenversicherungs-AG  
Hollerithstraße 11, 81829 München  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ0000009476

Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigte Person	Ort, Datum Jannick Lawson	Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigte Person 
--	------------------------------	--

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.