

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 durchgeführten **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.

Rosvath, 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-Ordnung	Vermittler-Nr.

☐ 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 gewählt wurde.

☒ Neuantrag ☐ Änderungsantrag

ARAG Vertrags-Nr.

Versicherungs-
nehmer/
Antragsteller

☒ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name	Lawson Boemigan			Titel	
Vorname	Jannick			Geburtsdatum	26.10.1987
Straße	Heinrich-Heine-Weg		Hausnummer	15	Adresszusatz
PLZ	51503	Wohnort	Rösrath		
E-Mail*	jannick.lawson@protonmail.com			Telefon*	015154970580
<input checked="" type="checkbox"/> Angestellter	Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung				
<input type="checkbox"/> Selbstständiger	Informatiker/in				
<input type="checkbox"/> Freiberufler	Wenn selbstständig, seit wann?				
<input type="checkbox"/> Sonstiger					

☐ 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.

Versicherungs-
beginn Datum 01.04.2024 zugleich Termin der 1. Beitragsfälligkeit

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 ☒ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name (wenn nicht Antragsteller)	Lawson Boemigan			Titel	
Vorname	Tajo			Geburtsdatum	25.10.2023
Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller					
<input type="checkbox"/> Angestellter	Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung				
<input type="checkbox"/> Selbstständiger	Kind				
<input type="checkbox"/> Freiberufler	Wenn selbstständig, seit wann?				
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiger					

Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller:

☐ Ehegatte, eingetragener Lebenspartner ☐ Elternteil, Großeltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
☐ Verlobte/r, eheähnliche Lebensgemeinschaft ☐ Geschwister, Schwager / Schwägerin, Onkel / Tante, Nefte / Nichte
☒ Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel ☐ Sonstige

* freiwillige Angabe

A 842 2.2023

ARAG Krankenversicherungs-AG - entspricht dem Original

1 / 8

Zu versichernde Person 2 ☐ Herr ☐ Frau ☐ Neutrale Anrede

Name (wenn nicht Antragsteller) Titel

Vorname Geburtsdatum

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

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

Wenn selbstständig, seit wann?

Angehörigenstatus zum Versicherungsnehmer/Antragsteller:

☐ Ehegatte, eingetragener Lebenspartner ☐ Elternteil, Großeltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
☐ Verlobte/r, eheähnliche Lebensgemeinschaft ☐ Geschwister, Schwager / Schwägerin, Onkel / Tante, Nefte / Nichte
☐ Kind (auch Adoptiv-/Pflegekind), Enkel, Urenkel ☐ Sonstige

Sonstige Bemerkungen/
Hinweise

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit Vorversicherern erforderlich werden.

Angaben zur GKV/ Vorversicherungen	Pers.	Krankenversicherung/ Krankentagegeldversicherung Versicherer/Kasse	Pflege-/Pflegezusatzversicherung Versicherer/Kasse	Besteht seit (TT.MM.JJJJ)	Endet zum (TT.MM.JJJJ)	Beantragt am (TT.MM.JJJJ)	Abgelehnt am (TT.MM.JJJJ)
Bestehende, bestandene, beantragte, abgelehnte, der letzten fünf Jahre	1	Securita BKK		25.10.2023			

Tarife und Beiträge

Person 1 ☐ MedKlinik 1-Bett S ☐ MedKlinik 2-Bett S ☐ 261 ☐ 282 ☐ 482* ☐ 11 Euro/Tag
☐ MedKlinik 1-Bett L ☐ MedKlinik 2-Bett L ☐ 262 ☒ 483* ☐ 37 Euro/Tag
☐ Dent70** ☐ Dent90** ☐ Dent90+** ☐ Dent100** ☐ 37 Euro/Tag
☐ V100*** ☐ FlexiPro* ☐ BJunior**** ☐ KJunior****

Person 2 ☐ MedKlinik 1-Bett S ☐ MedKlinik 2-Bett S ☐ 261 ☐ 282 ☐ 482* ☐ 11 Euro/Tag
☐ MedKlinik 1-Bett L ☐ MedKlinik 2-Bett L ☐ 262 ☐ 483* ☐ 37 Euro/Tag
☐ Dent70** ☐ Dent90** ☐ Dent90+** ☐ Dent100** ☐ 37 Euro/Tag
☐ V100*** ☐ FlexiPro* ☐ BJunior**** ☐ KJunior****

* 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 Euro 12.65

Angaben zu Krankenhaus-
tagegeld- und Kranken-
tagegeld-
Versicherungen

a) Haben Sie anderweitig eine Versicherung für Krankentagegeld?

Person 1 ☐ nein ☐ ja, ab Tagessatz Euro

b) Haben Sie anderweitig Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld?

☐ nein ☐ ja, ab Tag Tagessatz Euro

c) Ihr monatliches Nettoeinkommen

Euro

d) Haben Sie bei Krankheit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts? Für wie lange?

☐ nein ☐ ja, wie lange? Tage

Person 2 ☐ nein ☐ ja, Tagessatz Euro

☐ nein ☐ ja, ab Tag Tagessatz Euro

Euro

☐ nein ☐ ja, wie lange? Tage

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit anderen Krankentage- 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 Krankentagegeldversicherung 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 unwesentlich 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“.

Gesundheitsangaben

1. Größe und Gewicht

Wie groß sind Sie?

Wie viel wiegen Sie?

Person 1

Größe in cm

70

Gewicht in kg

9

Person 2

Größe in cm

Gewicht in kg

2. Allgemeiner Gesundheitszustand

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?

☐ ja ☒ nein

☐ ja ☐ nein

(Zum Beispiel Bandscheibenschädigungen, Skoliose, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Gelenke, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Verdauungsorgane, der Nerven, Herz- und Kreislauferkrankungen, Sterilität, Infertilität, Hüftdysplasie, Amputation, Gelenkersatz, vorhandenes Fremdmaterial, Brustimplantate, Diabetes, Allergien, Tumore, HIV-Infektion)

Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.

3. Stationäre Behandlungen

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär im Krankenhaus behandelt bzw. fand eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme statt?

☐ ja ☒ nein

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann, wo, weshalb, welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.

4. Medikamente

Werden oder wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet?

☐ ja ☒ nein

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.

5. Erkrankungen der Psyche/Suchtmittelinnahme

Finden derzeit oder fanden in den letzten 10 Jahren aufgrund psychischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Erkrankungen bzw. Beschwerden oder wegen einer Suchtmittelinnahme ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen oder Psychotherapien statt oder sind solche angeraten bzw. beabsichtigt?

☐ ja ☒ nein

☐ ja ☐ nein

Nähere Angaben tragen Sie bitte in die Tabelle »Zusätzliche Gesundheitsangaben« ein.

6. Ärzte und/oder andere Leistungserbringer

Haben Sie einen Arzt/Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben kann?

☒ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

- der letzten 3 Jahre (ambulant),
- der letzten 5 Jahre (stationär) bzw.
- der letzten 10 Jahre (bei psychischen Erkrankungen)

	Name und Anschrift des Arztes/Heilpraktikers
Person 1	Dr. Angelika Bolte, Eigen 81, 51503 Rösrath
Person 2	

Antragsteller

Versicherungs-Nr.

4/8

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 Abbuchungserlaubnis 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 Bankinzug 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 Versicherteninformation unter Ziffer 10. Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.
Schweigepflichtentbindungserklärung für die Einholung von Wirtschaftsauskünften (nur bei Antrag auf: 482, 483 und Flexipro)	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 Wirtschaftsauskunftei (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 Wirtschaftsauskunfteien von ihrer Schweigepflicht.
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 Schweigepflichtentbindungserklärung	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 mit 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.
	<p>1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG</p> <p>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.</p> <p>2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten</p> <p>2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht</p> <p>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 eines Heilberufs ergeben.</p> <p>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.</p> <p>Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:</p> <p><input type="checkbox"/> Möglichkeit I:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Möglichkeit II:</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 bebringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. <p>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</p>

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 eine 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 Schweigepflichtentbindungserklärungen 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 versichernden 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 weitere nach § 203 StGB geschützte 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 Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter 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 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 geschützter 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 zu 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 weiteren nach § 203 StGB geschützter 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 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 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-entbindungserklärung

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.

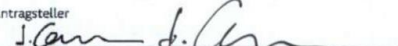
Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen insbesondere auch die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichterklärung“ ab. Ebenso bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, 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

**Empfangs-
bestätigung**

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
2 | 9 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 4

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

Kontoinhaber Mandatsgeber ☐ Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller ist gleichzeitig Kontoinhaber/Mandatsgeber.

☐ Herr Name, Vorname, Titel, Firma
☐ Frau Lawson, Jannick
☐ Neutrale Anrede Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma
☐ Firma
Straße, Hausnummer
Heinrich-Heine-Weg 15
PLZ Ort
5 | 1 | 5 | 0 | 3 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 Name
kein Sparkonto 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 | E | F | F | X | X | X

Zahlungsempfänger ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

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

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.