

Vermittler-Nr. 

8 65401 1203

Bitte unbedingt ankreuzen

 **Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz** Neuantrag  Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS  **Wunsch nach Abgabe eines Angebotes (Invitativmodell) zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz** Neuantrag  Änderungsantrag – Versicherungsnummer bei der CSS 

Sofern Sie nichts angekreuzt haben, gehen wir davon aus, dass wir für Sie ein verbindliches Angebot zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz prüfen bzw. erstellen sollen. Im gesamten Dokument, auch bei Wunsch nach Abgabe eines Angebotes, werden die Bezeichnungen Antrag und Antragsteller verwendet. Bei Wunsch nach Abgabe eines Angebotes sind hier das Angebot und die um das Angebot bittende Person gemeint.

**Antragsteller**

Name, Vorname

Geschlecht

 m  w

Zurzeit ausgeübter Beruf

Geburtsdatum

Straße

Telefon

PLZ

Ort

E-Mail

**Zu versichernde Personen****Person 1** (bitte auch ausfüllen, wenn Person 1 = Antragsteller)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Zurzeit ausgeübter Beruf

Geschlecht

 m  w Welche gesetzliche Krankenversicherung besteht zu Versicherungsbeginn?  Wurden in den letzten 3 Jahren private Kranken(zusatz)versicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet?  ja  nein Wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche von einem privaten Kranken(zusatz)-versicherer abgelehnt?  ja  neinWenn ja, welcher Versicherungsschutz war beantragt?  Zahnversicherungsschutz  Sonstiger VersicherungsschutzWas war der Grund?  Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, um welchen Krankenversicherungsschutz handelt bzw. handelte es sich? Bitte nennen Sie uns folgende Angaben:

Tarifbezeichnung

Versicherer

Versicherungsbeginn

Versicherungsende

**Person 2**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Zurzeit ausgeübter Beruf

Geschlecht

 m  w Welche gesetzliche Krankenversicherung besteht zu Versicherungsbeginn?  Wurden in den letzten 3 Jahren private Kranken(zusatz)versicherungen durch Vertragsrücktritt, Anfechtung oder außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet?  ja  nein

8 65401 1203

Antragsteller: Name, Vorname

■ Wurden in den letzten 3 Jahren Anträge bzw. Angebotswünsche von einem privaten Kranken(zusatz)-versicherer abgelehnt?  ja  nein

Wenn ja, welcher Versicherungsschutz war beantragt?  Zahnversicherungsschutz  Sonstiger Versicherungsschutz

Was war der Grund?

■ Besteht oder bestand eine private Krankenzusatzversicherung?  ja  nein

Wenn ja, um welchen Krankenversicherungsschutz handelt bzw. handelte es sich? Bitte nennen Sie uns folgende Angaben:

Tarifbezeichnung	Versicherer	Versicherungsbeginn	Versicherungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Versicherungsschutz

Person 1  CSS.clinic  CSS.clinic2  CSS.maxi  CSS.mini

Person 2  CSS.clinic  CSS.clinic2  CSS.maxi  CSS.mini

**CSS.flexi** (Der Abschluss des Tarifs CSS.flexi ist nur bei Wahl von mindestens 2 Bausteinen möglich. Die Bausteine Zahnersatz top und Zahnersatz basis schließen sich gegenseitig aus.)

Person 1  Baustein Gesundheit plus  Baustein Heilpraktiker  Baustein Zahnbehandlung  Baustein Zahnersatz top  Baustein Zahnersatz basis

Person 2  Baustein Gesundheit plus  Baustein Heilpraktiker  Baustein Zahnbehandlung  Baustein Zahnersatz top  Baustein Zahnersatz basis

	Versicherungsbeginn	Monatlicher Gesamtbeitrag	Zahlungsweise
Person 1	<input type="text" value="01."/>	<input type="text" value="EUR"/>	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <small>Sofern hier keine Auswahl stattfindet, werden wir den Beitrag monatlich abrufen. Der Beitragsabruf erfolgt zum 1. eines Monats.</small>
Person 2	<input type="text" value="01."/>	<input type="text" value="EUR"/>	

### Beitragszahlung

Bei Vertragsabschluss bin ich damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag bis auf Widerruf von **meinem Konto** abgebucht wird und die Versicherungsleistungen auf folgendes Konto überwiesen werden (Versicherungsabschluss ist nur im Lastschriftverfahren möglich):

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	Kontonummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankinstitut	Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Gesundheitsverhältnisse und Zusatzfragen

Beantworten Sie nachfolgend bitte die Fragen, die für Ihre beantragten Tarife bestimmt sind.

Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen	Beantragter Tarif	Beantworten Sie bitte die Fragen
CSS.flexi		CSS.mini	6 – 11 ohne 7
Baustein Gesundheit plus	1 – 6	CSS.maxi	1 – 11 ohne 7
Baustein Heilpraktiker	1 – 5	CSS.clinic und CSS.clinic2	1 – 7
Baustein Zahnbehandlung	8 – 11		
Bausteine Zahnersatz top und basis	8 – 11		

Wenn Fragen mit ja beantwortet wurden, bitten wir Sie, nähere Angaben in dem hierfür vorgesehenen Abschnitt „Ergänzende Gesundheitsangaben“ unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage zu machen.

	Person 1	Person 2
<b>1</b> Körpergröße und Körpergewicht (Wir bitten um tatsächliche Angaben und nicht um geschätzte Werte)	Körpergröße cm	<input type="text"/>
	Körpergewicht kg	<input type="text"/>

Antragsteller: Name, Vorname

Person 1      Person 2

**2** Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihres Hausarztes/des Kinderarztes.

Person 1

Person 2

**3** Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstige Gesundheitsstörungen oder haben in den letzten 3 Jahren Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden bzw. sind angeraten?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4** Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver HIV-Test) oder steht ein Testergebnis aus?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5** Bei Frauen/Mädchen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr: Besteht eine Schwangerschaft?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6** Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen?  
Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) angeben. Bitte geben Sie hierzu auch die bestehende Grunderkrankung (z. B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, erhöhter Augeninnendruck, Starerkrankung, Netzhautablösung etc.) bei den näheren Angaben zu den Gesundheitsfragen an.

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Nur beantworten, wenn Frage 6 mit ja beantwortet wurde.**

Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Brillen oder Kontaktlinsen gegen einen monatlichen Beitragszuschlag von 2,50 Euro (CSS.flexi Gesundheit plus) oder einen monatlichen Beitragszuschlag von 1,00 Euro (CSS.mini/CSS.maxi) mitversichert sind. Andernfalls besteht im gewählten Tarif kein Versicherungsschutz für Sehhilfen.

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7** Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt oder waren Sie in einer Kur?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8** Findet zurzeit eine Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung (z. B. Füllungstherapie, Austausch alter Füllungen etc.), die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer- bzw. Zahnregulierung statt oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt zurzeit eine Erkrankung des Zahnfleisches, des Kiefers bzw. Kiefergelenks oder eine diagnostizierte Zahnfehlstellung vor? Wurden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen oder Versorgungen mit Aufbiss- bzw. Zahnschienen durchgeführt?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9** Fehlen derzeit Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss), die nicht ersetzt sind?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl

Wurden Zähne durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt?

ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl

Bitte geben Sie die Zahnnummern der fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne 18, 28, 38, 48, Milchzähne und Lückenschluss) sowie die Zahnnummern der durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzten Zähne an:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Alle tariflichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Zahnersatz der oben genannten fehlenden Zähne bzw. der Zähne, die durch herausnehmbare Zahnprothesen ersetzt sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt auch für damit im Zusammenhang durchzuführende notwendige Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähne/Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen (sog. Ankerzähne links und rechts der Zahnlücke/des prothetisch versorgten Zahnes). Dieser Leistungsausschluss gilt weiterhin auch für die Ursachen und Folgen des Zahnersatzes an diesen Zähnen/Zahnlücken und für Ursachen und Folgen der Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähne/Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen.



Antragsteller: Name, Vorname

an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften, IT-, SCAN- oder Vertriebs-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der CSS Versicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die CSS Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der CSS Versicherung 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 CSS Versicherung AG

Ich willige ein, dass die CSS Versicherung 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 die CSS Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die CSS Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

 Person 1  Person 2

Ich willige ein, dass die CSS Versicherung 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 CSS Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die CSS Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die CSS Versicherung 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:

 Person 1  Person 2

Ich wünsche, dass mich die CSS Versicherung 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 CSS Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die CSS Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass

dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 CSS Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre 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 die CSS Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

 Person 1  Person 2

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1 – Möglichkeit I).

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der CSS Versicherung AG

Die CSS Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die CSS Versicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Die CSS Versicherung AG führt teilweise bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die CSS Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die CSS Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die CSS Versicherung AG 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.cssversicherung.com/ctoolcss\\_live/die\\_css/partner.html](http://www.cssversicherung.com/ctoolcss_live/die_css/partner.html) eingesehen oder bei CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein, Telefon 00423 375 0277 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die CSS Versicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die CSS Versicherung 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 CSS Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der CSS Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Antragsteller: Name, Vorname

**3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die CSS Versicherung AG 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 die CSS Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die CSS Versicherung AG 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 die CSS Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die CSS Versicherung AG unterrichtet.

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 CSS Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und dass diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die CSS Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die CSS Versicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der CSS Versicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die CSS Versicherung 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.

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 CSS Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

**3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die CSS Versicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller



Ort, Datum

Unterschrift mitzuversichernde Person 1, wenn volljährig



Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person 1 (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)



Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter von vertretener Person 1



Ort, Datum

Unterschrift mitzuversichernde Person 2, wenn volljährig



Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person 2 (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)



Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter von vertretener Person 2

Antragsteller: Name, Vorname

## Weitere Erläuterungen und Erklärungen

### Meldung gegenüber dem Versicherer

Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese gegenüber der CSS Versicherung AG, Vaduz (nachfolgend CSS Versicherung AG genannt) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Meldung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen.

### Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

### Verpflichtung bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen) und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages oder bis zu meiner Annahme des Angebots der CSS Versicherung AG eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Ich weiß, dass die CSS Versicherung AG bei Verletzung dieser Pflicht den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Dieser Nachmeldeverpflichtung muss ich nur nachkommen, wenn die CSS Versicherung AG mich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme nach Änderungen an den oben aufgeführten Gefahrumständen in Textform befragt.

### Versicherungsbedingungen / Laufzeit

Die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden mir spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt. Der Vertrag mit der CSS Versicherung AG wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn

er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12.

### Zustandekommen/Beginn des Vertrages

Mir ist bekannt, dass ein Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn ich das Angebot der CSS Versicherung AG schriftlich annehme oder die CSS Versicherung AG mir schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat bzw. mir den Versicherungsschein aushändigt. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

### Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

### Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im Versicherungsschein dokumentiert sind.

### Zuständige Aufsichtsbehörde

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Landstraße 109, LI-9490 Vaduz. Mir ist bekannt, dass ich mich bei Meinungsverschiedenheiten schriftlich an diese Aufsichtsbehörde wenden kann.

## Einverständnis

**Bei Antrag auf ergänzenden Krankenversicherungsschutz:** Ich habe alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV), das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 VVG und gemäß § 28 Abs. 4 VVG erhalten und davon Kenntnis genommen. Die Inhalte dieser Dokumente und die Mitteilungen des Versicherers werden mit meiner Unterschrift wichtige Vertragsbestandteile.

**Bei Wunsch nach Abgabe eines Angebotes (Invitativmodell) zum ergänzenden Krankenversicherungsschutz:** Ich erhalte alle relevanten Vertragsbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 VVG-InfoV, das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV und die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs. 5 und gemäß § 28 Abs. 4 VVG mit dem Angebot. Mit meiner untenstehenden Unterschrift fordere ich Sie zu diesem verbindlichen Angebot auf.

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen und Erläuterungen, z.B. der Widerrufsbelehrung, wie auch die Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen. Mit meiner untenstehenden Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten und erkenne die Erklärungen und Erläuterungen auch als Inhalt des Vertrages an.

Mir ist bekannt, dass die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Fragen und die zu erbringenden Angaben Grundlage für die Antragsprüfung bzw. Erstellung eines verbindlichen Angebotes sind und dass ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich nur geringe Bedeutung beimesse. Bei unvollständiger oder unrichtiger Anzeige kann die CSS Versicherung AG den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten und ggf. die Leistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift mitzuversichernde Personen (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Die Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

