

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen

**Neuantrag**      Bereits Kunde?    Ja    Nein

Interne Angaben

ÖD

ZUW

Orga-Nummer

**1 Antragsteller/ Versicherungsnehmer**

Herr   Name, Vorname  
 Frau

Straße, Hausnummer

Telefon privat (freiwillige Angabe)

Dienstbezeichnung, Dienststelle

Geburtsdatum      Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail privat (freiwillige Angabe)

Gewerkschaft/Verband

**2 Versicherungsbeginn/-dauer**

Beginn  
 0 1  
 (mittags 12.00 Uhr)

Ablauf  
 0 1  
 (mittags 12.00 Uhr)

Beträgt die Dauer mindestens 1 Jahr, so verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Laufzeit stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er zu dem Versicherungsablauf ungekündigt ist. Der Vertrag kann von Ihnen mit einer Frist von einem Monat zum 1. eines jeden Monats schriftlich gekündigt werden.

**Versicherte Person**   Name, Vorname      Geschlecht    männlich    weiblich      Geburtsdatum      Gefahrengruppe A

**Tätigkeit**    Dienstanfänger Landespolizei       Dienstanfänger Bundespolizei

**Dynamik**    nicht gewünscht

**Unfall komfort** bietet u. a.: Schutz vor den finanziellen Folgen gesundheitlicher Schäden durch Vergiftungen infolge der Einnahme von Nahrungsmitteln, Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe, tauchtypische Krankheiten, FSME/Borreliose, Malaria u. v. m., Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen (z. B. FSME, Malaria), Versicherungsschutz bei Knochenbrüchen infolge von Eigenbewegungen sowie Versicherungsschutz bei unfallbedingtem Stimmverlust. **Beitragsfrei versichert ist die Kostenübernahme insgesamt bis 25.000 EUR für Reha-Management, Assistance-Leistungen (z. B. Such-, Bergungs- oder Rettungsdienste) und für kosmetische Operationen.**

Unfall komfort Auszug Leistungsumfang und Versicherungssummen	Ich wähle folgendes Angebot (bitte ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Angebot A	<input type="checkbox"/> Angebot B	<input type="checkbox"/> Angebot C
<b>Monatliche lebenslange verbesserte Unfall-Rente</b>			
■ ab 50% bis 74% Invalidität	1.000 EUR	750 EUR	500 EUR
■ ab 75% bis 100% Invalidität	2.000 EUR	1.500 EUR	1.000 EUR
<b>Invaliditätsleistung mit Progression 600 %</b>			
■ Versicherungssumme	100.000 EUR	75.000 EUR	50.000 EUR
■ Leistung bei 100% Invalidität	600.000 EUR	450.000 EUR	300.000 EUR
<b>Todesfalleistung</b>	5.000 EUR	5.000 EUR	5.000 EUR
<b>Erweitertes Unfall-Krankenhaustagegeld</b>	30 EUR	20 EUR	10 EUR
<b>Monatlicher Bruttobeitrag inkl. Versicherungssteuer</b>	22,41 EUR	16,73 EUR	11,07 EUR

Sie sind Mitglied in der Deutschen Polizeigewerkschaft (DPoIG), dann reduziert sich der Beitrag um 3%.

**Bezugsrecht bei Unfalltod**   Name, Vorname

**Widerrufliche Einzugsermächtigung** (zwingend erforderlich)      Konto-Nr.      Bankleitzahl      Geldinstitut

**Gesundheitsfrage**   Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu den Gesundheitsfragen machen. Hat es in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder Unfälle, die nicht ausgeheilt sind bzw. zu dauerhaften Folgen geführt haben, oder Operationen oder Behandlungen von chronischen Erkrankungen oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Behinderung (GdB) oder durchgeführte Nachsorgeuntersuchungen oder psychologische Behandlungen oder Einnahme oder Anwendung verschreibungspflichtiger Medikamente von mehr als sechs Wochen zur Behandlung von Krankheiten gegeben?

Ja    Nein   Falls Sie die Gesundheitsfrage mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte genaue Angaben und fügen entsprechende Unterlagen bei. Benutzen Sie bitte ggf. ein weiteres Blatt, das von Ihnen unterschrieben und datiert ist.

**Unfälle**   Wie viele Unfälle hat es in den letzten 5 Jahren mit stationärer Behandlung von mehr als 24 Stunden gegeben?      Anzahl

Vorversicherung Mitversicherung Vorschäden oder ist ein Antrag auf Unfallversicherung gestellt	Gesellschaft	Versicherungs-Nr.	Gekündigt von wem?	Schadenjahr	Schadenanzahl gesamt, auch wenn bisher unversichert	Schadenhöhe

## **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes 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 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfall- und Existenzschutzversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, 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. Assistance-Gesellschaften weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DBV Deutsche Beamtenversicherung AG (unter 2.), und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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.

### **1.1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten**

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung 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.

### **1.2 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten weiteren personenbezogenen Daten zu Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit**

**Ich willige ein** in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

## **2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der DBV Deutsche Beamtenversicherung AG**

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

### **2.1 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 meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt werden, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### **2.2 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 AXA-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 Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter ([www.dbv.de/datenschutz](http://www.dbv.de/datenschutz)) eingesehen oder bei Ihrem persönlichen Betreuer, den Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können, 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### **2.3 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 der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.4 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung 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 diesedort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

#### 3. 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 bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung 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.

#### Verletzung von Anzeigepflichten

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie den Ihnen zuvor überlassenen Versicherungsbedingungen entnehmen.**

#### Widerrufsrecht

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Fax oder eMail) widerrufen.**

**Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.**

#### Widerrufsbelehrung

**Die vollständige Widerrufsbelehrung, mit der wir Sie über weitere Einzelheiten des Widerrufsrechts (u. a. Beginn der Widerrufsfrist, Adressat des Widerrufs, Widerrufsfolgen) informieren, entnehmen Sie bitte den Vertragsinformationen.**

### 3

#### Vertragsunterlagen

Die dem Antrag zugrunde liegenden Bedingungen, Vertragsinformationen und das Produktinformationsblatt können Sie einsehen, ausdrucken und herunterladen unter <http://dpolg-sachsen.de/axa/>. Die Bedingungen und Vertragsinformationen erhalte ich auch zusammen mit dem Versicherungsschein.

**Ich bestätige, dass ich die Bedingungen, Vertragsinformationen und das Produktinformationsblatt vor Vertragsunterschrift von der Internetseite der Deutschen Polizeigewerkschaft im DBB, Landesverband Sachsen (Internetadresse siehe oben) heruntergeladen und gespeichert habe.**

### 4

#### Unterschriften

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift Vermittler

**Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen**

- AXA Assistance Deutschland GmbH
- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Life Europe Ltd. Niederlassung Deutschland
- AXA Schaden Experten GmbH
- AXA Versicherung AG
- DBV Deutsche Beamtenversicherung AG
- DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- INREKA GmbH
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Lucramount AG
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winsecura Pensionskasse AG
- winEXPERTISA Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
- win Health Consulting GmbH

**Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung)**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	AXA Konzern AG AXA Group Solutions SA, Zweigniederlassung Köln AXA Logistic Services GmbH AXA Technology Services Germany GmbH AXA Customer Care Center GmbH ARA GmbH Auto und Reise Assistance GDV Dienstleistungs GmbH	Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Postbearbeitung Rechenzentrumsbetreiber Telefonischer Kundendienst Telefonischer Kundendienst Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja nein ja ja ja nein nein
AXA Krankenversicherung AG	Medx ViaMed ROLAND Assistance GmbH Medical Contact AG	Leistungsbearbeitung Leistungsprüfung DiseaseManagement DiseaseManagement	ja ja ja <sup>1</sup> ja <sup>1</sup>
AXA Lebensversicherung AG	AXA Bank April Financial Services AG	Depotverwaltung für Fondspolizen Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein ja
DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung AG	AXA Bank Vorsorge Lebensversicherung AG April Financial Services AG	Depotverwaltung für Fondspolizen Antrags- und Leistungsbearbeitung Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein ja ja
AXA Versicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland ROLAND Assistance GmbH April Financial Services AG	DiseaseManagement DiseaseManagement Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja <sup>1</sup> ja <sup>1</sup> ja
DBV Deutsche Beamtenversicherung AG	AXA Assistance SA, Niederlassung Deutschland ROLAND Assistance GmbH	DiseaseManagement DiseaseManagement	ja <sup>1</sup> ja <sup>1</sup>

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler Gutachter Assisteure Marktforschungsunternehmen Marketingagenturen/-provider Lettershops/Druckereien Aktenlager IT-Wartungsdienstleister Rechtsanwaltskanzleien Inkassounternehmen Rückversicherer	Adressprüfung Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung Assistanceleistungen Marktforschung Marketingaktionen Postsendungen/Newsletter (E-Mail) Lagerung von Akten Wartung von Systemen/Anwendungen Forderungseinzug Realisierung titulierter Forderungen Monitoring	nein zum Teil <sup>1</sup> zum Teil <sup>1</sup> nein nein nein ja ja ja ja nein ja

<sup>1</sup> mit separater Einwilligung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.DBV.de/Datenschutz](http://www.DBV.de/Datenschutz) einsehbar.