Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095 Care Travel

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine Auslandsreisekrankenversicherung.

Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen bei unvorhergesehenen Krankheitsfällen während eines Auslandsaufenthaltes von bis zu 365 Tagen.

Ambulant:
- ✓ 100% für ambulante Behandlung einschließlich Arzneien, Heil- und Hilfsmittel.
- ✓ 100% für Rücktransport oder Überführung bis max. 5.000 Euro innerhalb Europas und 10.000 Euro außerhalb.

Stationär:
- ✓ 100% für Krankenhausbehandlung.

Zahnärztlich:
- ✓ 100% für schmerzstillende zahnärztliche Behandlung.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten im Inland
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:
- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Behandlungen während des Auslandsaufenthaltes, die vorhersehbar waren oder zu dessen Zweck die Reise angetreten wurde.
- ! Zahnersatz oder kieferorthopädische Behandlungen im Ausland.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:
- ! Reisen in die Staaten der nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada und Mexiko) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht weltweit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.

	Welche Verpflichtungen habe ich? • **Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?** Bitte informieren Sie uns, wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung. • **Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?** • Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind
	Wann und wie zahle ich? • Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die beantragte Reisezeit im Voraus zu zahlen.
	Wann beginnt und endet die Deckung? • Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. • Der Vertrag endet mit Ablauf der versicherten Reisezeit bzw. dem Ende der Reise.
	Wie kann ich den Vertrag kündigen? • Es besteht keine Möglichkeit zur ordentlichen Kündigung.

Vertragsinformationen Care Travel

1. Ihr Vertragspartner

AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HR B Nr. 1012

USt.-Ident-Nr. DE 122786679
Versicherungsteuernr. 9116/810/03020

2. Zuständiger Versicherungsvermittler

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter

AXA Krankenversicherung AG
Colonia Allee 10-20
D – 51067 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

4. Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners

Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

5. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon: 0221 9987-0
Telefax: 0221 9987-3950

6. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale

Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R) und den Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA). Im Anhang zu den AVB-R finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen.

Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Prämie

Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte Absatz C der beigefügten Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA).

8. Zusätzlich anfallende Kosten

Von Care Concept wird bei Zahlung der Versicherungsprämie per Kreditkarte eine Bearbeitungsgebühr von 4 % der Gesamtprämie mindestens aber 3,00 EUR berechnet. Bei der Rückerstattung (Rückbuchungen) von Prämien berechnet diese eine Gebühr von 5,00 EUR.

9. Prämienzahlung

Die Einmalprämie wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und ist für die beantragte Laufzeit des Vertrages im Voraus zu zahlen.

Die Zahlung der Beiträge kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkartenzahlung oder PayPal erfolgen.

10. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht befristet.

11. Vertragsschluss

Der Versicherungsvertrag kommt mit Antragsstellung zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Zahlung des Beitrages per Kreditkarte oder PayPal oder mit der Erteilung eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats.

12. Widerrufsrecht

Die Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Hinweis im Antrag.

13. Laufzeit des Vertrages

Die Angaben zur Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Absatz F der Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel, bzw. Care Travel (NAFTA).

14. Beendigung des Vertrages

Die Angaben zur Beendigung des Vertrages und zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

15. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Den Gerichtsstand entnehmen Sie bitte § 14 AVB-R.

16. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden in deutscher Sprache erteilt.

17. Beschwerdestellen

Für Beschwerden stehen Ihnen neben dem Vorstand der AXA Krankenversicherung AG außergerichtlich folgende Stellen zur Verfügung:

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin,

  Telefon: 01802 55 04 44 (6 Cent aus dem deutschen Festnetz, je Gespräch, Mobilfunk maximal 42 Cent je angefangene Minute)

  Telefax: 030 20 45 89 31
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

18. Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde für unser Unternehmen ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsausfsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

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

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr: 0221/148 – 44 62 453
E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

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.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungs-schutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der ge-änderte Versicherungs-schutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.
Ende der Widerrufsbelehrung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

AXA Krankenversicherung AG
bKV-Betrieb
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221/148 33922
E-Mail: bKV-betrieb@axa.de
Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter:

AXA Krankenversicherung AG
Kunden-, Partner- und Prozess-Service
Datenschutzbeauftragter
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221/148 41002

oder per E-Mail unter: Datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.
Diese können Sie im Internet unter www.axa.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich),
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Webseite (www.axa.de/Datenschutz) zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/ Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur

gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte
Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht
Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte
Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Dazu übermitteln wir im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen von der AXA Krankenversicherung AG oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur

Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes).

Insoweit befreie ich die AXA Krankenversicherung AG vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach §203 Strafgesetzbuch).

Die SCHUFA verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können dem SCHUFA-Informationsblatt nach Art. 14 DSGVO entnommen oder online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen
Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten [sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen] entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von Regelklassen geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung.

Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

SCHUFA- Information

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden,
Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DSGVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DSGVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenz-verfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an

SCHUFA Holding AG,
Privatkunden ServiceCenter,
Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DSGVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DSGVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag - verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

Erstattungskonto

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

Leistungserstattung

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original an:

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversorgung
50592 Köln

Telefon: 02 21/148-2 30 09, Telefax: 02 21/148-44 62453

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

Wenn Sie zunächst ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnungskopien mit dem Erstattungsvermerk.

24-Stunden-Kundenservice

Ein medizinisch notwendiger Rücktransport ins Heimatland ist erforderlich. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung?

Rufen Sie uns an – wir organisieren alles für Sie. Unser Servicetelefon ist rund um die Uhr erreichbar – wählen Sie:

Landesvorwahl für Deutschland
(in der Regel 0049) plus 2 21 / 1 48 36 525

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln ·
Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012 ·
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 Versicherungsteuernr.: 9116/810/03020

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Frank Hüppelshäuser,
Dr. Nils Kaschner, Dr. Stefan Lemke, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

gültig ab 01.05.2018

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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, die AXA Krankenversicherung 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. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per Fax an 0221 148-36 202 oder per E-Mail an info@axa.de. 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 AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung 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 AXA Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung 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.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit die AXA Krankenversicherung AG von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie 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 eines Heilberufs 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.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

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.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigen des Vertrages einfordern.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir, die AXA Krankenversicherung AG, 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 AXA Krankenversicherung 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 AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung 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 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 Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer 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 AXA Krankenversicherung 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 AXA Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA 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 von uns unterrichtet.

Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter der folgenden Adresse zur Verfügung: de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO.
Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

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 AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

3.5. 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 AXA Krankenversicherung 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.

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.

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. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung 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.

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten förderlich, sodass wir auf Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

General Terms and Conditions (AVB-R) of medical cover and daily hospital benefits insurance during travels

07.16

Part I: General Terms and Conditions

§ 1 Subject, scope and territory of insurance cover

(1) The insurer provides insurance cover for illnesses, accidents and other events specified in the policy. Where agreed, it shall also provide additional services directly relating to the above. In the event of the occurrence of an unforeseen insured event abroad, the insurer shall assume the costs of medical treatment incurred abroad and shall also provide other agreed benefits and services.

(2) An insured event is defined as the medically necessary treatment of an insured person due to illness or accident. An insured event commences upon receipt of medical treatment; it terminates when, according to medical estimation, further treatment is no longer required. Death is also classed as an insured event.

(3) The scope of the insurance cover is specified in the insurance policy, in subsequent special written agreements, in these terms and conditions of insurance and in the statutory provisions of the Federal Republic of Germany. The insurance policy is subject to German law.

(4) The state in which the insured person has a permanent place of residence or permanently exercises his or her profession is not deemed to be a foreign country.

(5) Persons travelling abroad on a temporary basis only are eligible for cover if the tariff does not stipulate otherwise. The eligibility of foreigners entering the Federal Republic of Germany is governed by special terms and conditions.

§ 2 Inception of insurance cover

(1) Insurance cover commences at the agreed point in time (inception of insurance), but not before the conclusion of the insurance policy, not before payment of the premium, not before crossing the border into a foreign country. The granting of an executable SEPA Direct Debit Mandate is deemed to be equivalent to payment of the premium.

(2) Trips abroad involving departure from the Federal Republic of Germany before the insurance takes effect are excluded from cover.

(3) Benefits are not paid for insured events which occur prior to commencement of the insurance cover.

§ 3 Nature and period of insurance cover

(1) The insurance policy is concluded when the insurer accepts the application for insurance. The application for insurance must be submitted using the designated form. The application for insurance is accepted when the insurer delivers the certificate of insurance.

If insurance is applied for using the paying-in form designated by the insurer, the policy is deemed to be effected on the date of payment of the premium (date stamp of post office, financial institute or accounting office is decisive), subject to the insurer receiving the duly completed application. The payment voucher handed over to the applicant by the post office, bank or the like is deemed to be the certificate of insurance.

(2) If the policyholder has stated a premium in the application for insurance which is inapplicable according to the tariff, the insurance application is deemed to have been submitted stating the applicable tariff premium if the premium is collected by SEPA Direct Debit Mandate (§ 8, para. (2)).

(3) The policy term is regulated by the tariff. In the event of the death of an insured person, the insurance arrangement shall end with regard to that person. In the event of the death of the policyholder, the insurance arrangements for the co-insured members shall remain unaffected.

§ 4 Scope of liability

(1) Insured persons are free to choose among the registered medical practitioners and dentists.

(2) Medicines, dressings and remedies are only reimbursable if prescribed by the practitioners specified in Section 1 above.

(3) In the case of medically necessary inpatient treatment, the insured person is free to choose among hospitals provided that these are permanently supervised by doctors, they have sufficient diagnostic and therapeutic facilities and also keep medical records.

(4) The type and amount of the insurance benefits are regulated by the tariff. Where the refund of evacuation or repatriation costs is agreed, the following applies:

a) Unless otherwise agreed in the tariff, the evacuation of a person who has been taken ill must be deemed medically necessary, ordered by a medical practitioner and generally be carried out to the place where the patient had his permanent residence at the time of inception of the insurance policy, or to the nearest suitable hospital to such place of residence.

b) Repatriation costs are the direct costs of repatriating an insured person who has died during a temporary trip abroad to the place of residence applicable at the time of inception of the insurance policy. Funeral expenses incurred abroad may be reimbursed instead of repatriation costs up to the sum specified in the tariff for repatriation costs. Repatriation costs and funeral expenses shall not be indemnified if the costs of treating the illness or accident causing death were not or would not have been reimbursable under this insurance.

(5) The insurer pays, within the scope of the policy, for medical examinations and methods of treatment and medicines, which are predominantly acknowledged by traditional medicine in the country in question or in the Federal Republic of Germany. In addition, the insurer pays for methods of treatment and medicines, which have proven to be equally promising in practice or which are applied because no traditional methods or medicines are available; however, the insurer is entitled to reduce its benefits to the amount which would have been incurred if already available traditional methods or medicines had been applied instead.

§ 5 Limitation of liability

(1) The insurer is not liable to pay

a) for treatment for illnesses and consequences of an accident which was the purpose of travelling abroad, or for treatment which was known to be required during the scheduled trip unless the trip was undertaken due to the death of the spouse or a relative in the first degree;

b) for such illnesses including their consequences and for consequences of accidents and of death caused by acts of war abroad if the German Foreign Office had issued a warning against travel to the country in question prior to the insured person entering the country in question.
This also applies if the insured person is already in the country in question at the time the German Foreign Office issues the warning against travel or at the time war breaks out and he fails to leave the country immediately following the announcement of the travel warning or the outbreak of war.

c) for illnesses and accidents caused deliberately, including their consequences, or for the treatment of addictions;

d) for the treatment of mental and psychological disorders and illnesses including hypnosis and psychotherapy;

e) for examinations and treatment due to pregnancy, childbirth, miscarriage and abortion or any consequences thereof. However, costs are indemnified if medical attendance is necessary due to

acute complications in pregnancy, including miscarriage, in the country where the insured person is staying;

f) for dental prosthesis, including crowns and orthodontic surgery;

g) for medical aids;

h) for health resort and sanatorium treatment and for rehabilitation measures;

i) for outpatient medical treatment in a spa or health resort. This limitation shall not apply if medical treatment becomes necessary during a temporary stay due to an illness or accident which is not connected to the purpose of the stay;

j) for treatment administered by the spouse, parents or children. Material costs are reimbursed.

k) for accommodation necessitated by nursing-care or custody requirements;

l) for treatment due to sterility or artificial insemination.

If medical treatment or an alternative measure, for which benefits have been agreed, exceeds the extent of treatment deemed medically necessary, or if the invoiced amount is excessive, the insurer is entitled to reduce its payments to an acceptable amount. If the costs of medical treatment or other services are strikingly disproportionate to the services provided, the insurer is not obliged to pay such costs.

(3) If an insured person is eligible to claim benefits from a statutory health, accident or pension insurance provider, from a statutory medical care provider or accident care provider, the insurer shall be liable to reimburse only those costs which still qualify for reimbursement after benefits have been paid by the other entities.

§ 6 Payment of insurance benefits; submission of supporting documents

(1) The insurer is only liable to pay if it is presented with original invoices and any required supporting evidence; such documents then become the property of the insurer. If the original invoices are submitted to another insurer for reimbursement (e.g. to those referred to under § 5, para. 3), duplicates of the invoices shall suffice, provided that the other insurance company has noted the benefits it has paid on the invoices.

(2) All supporting documents must contain the first name, surname and date of birth of the person treated, a description of the illness and treatment data; prescriptions must clearly state the prescribed medication, the price and the note of dispensation. In the case of dental treatment, the documents must contain a description of the teeth treated and the treatment performed in each case. Benefits or the refusal to pay them by the insurance providers specified in § 5, para. 3 must be substantiated.

(3) A doctor's certificate confirming medical necessity must be submitted as evidence of the medical necessity of an evacuation.

(4) If claims are made for the reimbursement of repatriation costs or funeral expenses, an official or medical certificate confirming the cause of death must be submitted.

(5) The insurer is obliged to pay the insurance benefits to the insured person if the policyholder has named the person as the beneficiary, in writing, to the insurer. If this requirement is not fulfilled, then only the policyholder can demand to receive the benefit.

(6) Costs incurred in a foreign currency are converted into euro at the exchange rate valid on the date the insurer receives the documents. The daily rate is the official EUR exchange rate at the European Central Bank. In the case of non-traded currencies, for which no reference rates are set, the rate applied is in accordance with the "Exchange Rate Statistics" publications of the Deutsche Bundesbank, Frankfurt/Main in the most recent version, unless the insured person can prove in the form of a bank slip that the currency purchased for the purpose of settling the invoices was purchased at a less favourable rate of exchange.

(7) The cost of transferring insurance benefits to a foreign account or of special types of remittance chosen upon the insured person's instructions may be deducted from the benefits.

(8) Rights to insurance benefits can neither be subrogated nor pledged.

(9) For the rest, the conditions governing the insurer's liability to pay are set down in § 14 VVG (German Insurance Contract Act; see Appendix).

§ 7 Expiry of insurance cover

(1) Insurance cover ends, also for pending insured events, at the agreed point in time, at the end of the trip at the latest.

(2) If, due to medical reasons, an insured person is incapable of making the return journey by the agreed time, the insurer's liability to pay indemnifiable claims shall continue beyond the agreed time, until the insured person is capable of being transported.

If the insured person objects to medically acceptable and reasonable repatriation (evacuation) to his country of permanent residence once he is fit for transportation, the insurer's obligation to pay shall cease on the day the insured person objects to repatriation.

§ 8 Premium payment

(1) The premium is a single premium. It is derived from the tariff and payable at the time of conclusion of the insurance policy at the latest.

(2) The tariff can prescribe that the premium is payable by SEPA Direct Debit Mandate. In this case, the legally valid direct debit authorisation is deemed to be equivalent to payment of the premium if the insurer was subsequently able to debit the premium.

§ 8a Premium adjustment

Within the scope of the contractual confirmation of benefits, benefits paid by the insurer can change, e.g. due to increasing medical treatment costs, more frequent availment of medical services or due to increasing life expectancy. Accordingly, for each tariff where the insurer's right of ordinary cancellation is ruled out contractually or by law, the insurer compares the required insurance benefits with the insurance benefits and mortalities calculated in the actuarial bases for the calculation of premiums at least once a year.

Depending on the outcome of the review, premiums are adjusted where required on the basis of the applicable statutory provisions. The premium adjustments take effect at the beginning of the second month following notification of the policyholder.

In the event of an increase in premium, the policyholder can cancel the insurance policy within two months of receiving notification of the increase, and such cancellation will take effect on the date when the premium is due to increase. The policyholder may cancel the insurance policy up to the date when the adjustment takes effect, even if the deadline has already expired.

§ 8b Amendments to the General Terms and Conditions of Insurance

(1) The General Terms and Conditions of Insurance may, if the insurer's right of cancellation is ruled out contractually or by law, be amended with effect for existing insurance policies, for the remainder of the current insurance year as well (see tariff), on the basis of the applicable legal provisions if such amendment appears necessary in order to sufficiently safeguard the interests of the insured persons

(a) in the event of a change in the state of the health service not only of a temporary nature,

b) in the event of terms and conditions being pronounced invalid in court, if the replacement thereof is necessary in order to continue the policy,

c) in case of amendments to laws upon which the terms and conditions of the insurance policy are based,

d) in case of amendments of supreme court rulings, of administrative practices of the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - (German) Federal Institute for the Supervision of Financial Services - or the cartel offices, which affect the insurance policy directly.

With regard to the letters c und d, an amendment is only permissible where it relates to §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 para. 2, AVB-R.

(2) Amendments pursuant to paragraph 1 shall become effective at the beginning of the second month after the policyholder has received notification thereof.

(3) In the event of an amendment in the terms and conditions, the policyholder can cancel the insurance policy within one month of receiving notification of the amendment, and cancellation shall take effect on the date when the amendment is scheduled to come into effect. The policyholder may cancel the insurance policy up to the date when the adjustment takes effect, even if the deadline of one month has already expired.

§ 9 Obligations

(1) The policyholder or the insured person specified as the beneficiary (cf. § 6, para. 5) must submit all documents by the end of the third month after the end of the trip at the latest; any hospital treatment must be reported within 10 days of its commencement.

(2) At the request of the insurer, the policyholder or the insured person specified as the beneficiary (cf. § 6, para. 5) shall be required to provide each and every kind of information necessary to determine an insured event or an obligation to perform on the part of the insurer and the scope thereof.

(3) At the request of the insurer, the insured person shall be obliged to undergo a medical examination by a doctor appointed by the insurer.

§ 10 Consequences of any breach of obligations

In accordance with the limitation prescribed by § 28, sections 2-4 of the German Insurance Contract Act (VVG: see appendix), the insurer shall be released from its obligation to perform if any of the obligations specified under § 9 above are breached. The knowledge and negligence of the insured person shall be put on a par with the knowledge and negligence of the policyholder.

§ 11 Obligations and consequences of breaches of obligations in the event of claims against third parties

(1) If the policyholder or an insured person is entitled to claim against third parties, he is obliged, notwithstanding the statutory assignment of claims according to § 86 VVG (see Appendix), to subrogate such claims in writing to the insurer up to the amount of those costs (reimbursement of costs, material costs and services) reimbursed under the insurance policy.

(2) The policyholder or the insured person must protect his claim to compensation or any right which serves to safeguard any such claim in compliance with the applicable formal and temporal requirements and contribute towards its enforcement by the insurer where necessary.

(3) Should the policyholder or an insured person deliberately violate the obligations specified in sections 1 and 2, then the insurer shall not be required to perform to the extent that it cannot obtain any compensation from the third party as a result thereof. In the case of any breach of obligation due to gross negligence, the insurer is entitled to reduce the amount of compensation it awards in relation to the severity of the breach.

(4) If the policyholder or an insured person is entitled to claim against a provider of services for the repayment of fees paid without legal grounds, which the insurer has reimbursed on the basis of the insurance policy, then paragraphs 1 to 3 shall be applied accordingly.

§ 12 Offsetting claims

The policyholder can only offset claims asserted by the insurer inasmuch as the counterclaim is uncontested or has been established as final and absolute.

§ 13 Notifications and declarations of intent

Notifications and declarations of intent to the insurer must be in text form.

§ 14 Place of jurisdiction

(1) Legal action taken against the policyholder arising from the insurance policy shall be subject to the jurisdiction of the court at the policyholder’s permanent place of residence or, failing this, his usual place of residence.

(2) Legal proceedings against the insurer may be brought before the court at the policyholder's permanent or usual place of residence or before the court at the domicile of the insurer.

(3) If, after conclusion of the policy, the policyholder moves its permanent or usual place of residence to a state which is not a member state of the European Union or contracting state of the Treaty on the European Economic Area, or if its permanent or usual place of residence is not known at the time the proceedings are brought, the court at the domicile of the insurer has jurisdiction.

Valid from 07.16

For the settlement of disputes arising from the insurance policy the policyholder can contact the ombudsman for private health and long-term care insurance to settle the dispute out of court.

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

The insurer participates in the procedure with the ombudsman for private health and long-term care insurance.

Extract from the German Insurance Contract Act (VVG):

§ 14

(1) The insurer shall be liable to pay a cash benefit when enquiries necessary to establish the occurrence of the insured event and the extent of the insurer's liability have been concluded.

(2) If these enquiries have not been concluded one month after notification has been given of the insured event, the policyholder may demand part payment in the amount which the insurer will at least be expected to pay.

The time limit shall be suspended for as long as the enquiries cannot be concluded on account of the fault of the policyholder.

(3) An agreement on account of which the insurer is released from the obligation to pay interest on arrears shall be void.

§ 28

(2) Where the contract provides that the insurer is not obligated to effect payment in the event of the non-observance of an incidental obligation on the part of the policyholder, he shall be released from the liability if the policyholder intentionally breached the obligation. In the case of grossly negligent non-observance of the obligation, the insurer shall be entitled to reduce any benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence shall be on the policyholder.

(3) Notwithstanding subsection (2), the insurer shall be liable insofar as the non-observance of the obligation neither caused the occurrence or the establishment of the insured event nor the establishment or the extent of the insurer's obligation to effect payment. The first sentence shall not apply if the policyholder fraudulently breached the obligation.

(4) The condition on which the insurer's entire or partial release from liability in accordance with subsection (2) is based shall, in the event of a violation of an existing duty to provide information or duty of disclosure after the occurrence of an insured event, be the fact that the insurer instructed the policyholder in separate correspondence and in writing of this legal consequence.

§ 82

(1) The policyholder must, upon the occurrence of the insured event, ensure that the loss is avoided or minimised wherever possible.

(2) The policyholder must follow the instructions of the insurer, where reasonable, and obtain instructions, circumstances permitting. If several insurers involved in the contract of insurance issue different instructions, the policyholder must act at his own proper discretion.

(3) In the event of the breach of an incidental obligation under subsections (1) and (2), the insurer shall not be obligated to effect payment if the policyholder intentionally breached the incidental obligation. In the event of a grossly negligent breach, the insurer shall be entitled to reduce his benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence is on the policyholder.

(4) Notwithstanding subsection (3), the insurer shall be liable insofar as the breach of the incidental obligation is the cause neither of the establishment of the occurrence of the insured event, nor of the establishment of the extent of the liability. The first sentence shall not apply if the policyholder fraudulently breached the obligation.

§ 86

(1) If the policyholder is entitled to claim damages from a third party, this claim shall be assigned to the insurer insofar as the insurer compensates for the loss. The claim may not be assigned to the detriment of the policyholder.

(2) The policyholder shall safeguard his claim for damages or a right serving to safeguard this claim in accordance with the applicable form and time requirements, and shall assist the insurer wherever necessary in asserting them. If the policyholder intentionally breaches this obligation, the insurer shall not be obligated to effect payment insofar as he cannot as a result claim compensation for it from a third party. In the event of a grossly negligent breach of the obligation, the insurer shall be entitled to reduce the benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault; the burden of proof that there was no gross negligence is on the policyholder.

(3) If the policyholder claims compensation from a person with whom he is sharing a common household when the loss occurs, assignment in accordance with subsection (1) cannot be asserted, unless that person intentionally caused the loss.

Foreign Travel Health Insurance - Tariff CARE Travel

General Terms and Conditions of Insurance Part I (AVB-R) and Part II (tariff description) for medical and daily hospital benefits insurance during travels

Part II: Tariff description - Medical costs tariff for medical treatment during travels

A. Scope of insurance benefits

I. Reimbursement of expenses incurred abroad at 100% without maximum limit for

1. Medical treatment including doctor's travelling expenses and taxi costs to a doctor if there is no doctor practising at the place of sojourn;
2. Medicines and dressings/bandages;
3. Remedies prescribed by a doctor;
4. Walking aids prescribed by a doctor and wheelchair rental required as part of medical treatment following an accident; (notwithstanding § 5 g) Remedies specified under AVB-R, Part 1.
5. X-rays, radiotherapy and diagnosis;
6. Hospital treatment; medical treatment costs can be claimed to the amount of the General Hospital Services without optional benefits and services (private medical treatment and better accommodation) if optional benefits and services are offered at the destination of travel.
7. Transportation costs to the nearest suitable hospital; and from the accident location;
8. Pain-relieving dental treatment and simple fillings. Repairs to existing dental prosthesis, but not the production of new dental prosthesis of any kind including inlays, onlays or orthodontic services.
9. A daily allowance during hospitalisation will be paid instead of cost remuneration for in-patient treatment abroad, providing no cost claims are submitted, amounting to EUR 25.00 per day.

II. Notwithstanding § 5, para. 1d, the costs of outpatient or inpatient psychoanalytical and psychotherapeutic treatment by doctors shall be assumed once up to EUR 500.00

III. Reimbursement of additional costs of repatriation to the nearest suitable hospital at the place of residence of the insured person at 100% provided that the medical treatment

1. is medically necessary and justifiable

and

2. organised by the Insurer or its Assistance or the Insurer has already given its prior consent.

Return transportation makes medical sense especially in cases where

- hospital treatment abroad according to the forecast of the attending physician at the hospital in question shall exceed 14 days or
- the costs of treatment abroad are anticipated to exceed the costs of repatriation.

The decision whether repatriation makes medical sense and is justifiable shall be decided by a consultant doctor of the Insurer or its Assistance which consults the attending doctor at the temporary location of the patient.

If only the preconditions of Section 1 exist then the additional costs of

- repatriation within Europe shall be reimbursed only up to an amount of EUR 5,000.00.
- repatriation from outside of Europe shall be reimbursed only up to an amount of EUR 10,000.00.

IV. In addition, we shall reimburse the costs of:

repatriation of deceased persons from Europe up to EUR 5,000.00.

from other foreign countries up to EUR 10,000.00.

All repatriations of deceased persons must be agreed with the insurer.

B. Assistance Services

1. Mediation of medical assistance If an insured person is taken ill whilst travelling abroad, AXA Krankenversicherung AG will provide information, upon request, regarding the possibilities of obtaining medical treatment and shall – if necessary – establish the contact between the general practitioner and the doctor and/or hospital administering treatment.
   The ensuing costs shall also be carried by the insurer.
2. Organisation of assistance.
3. Declaration of acceptance of costs on location, e.g. for repatriation, repatriation of deceased persons among other things.

Upon conclusion of your Foreign Travel Health Insurance you will be provided with an emergency medical helpline number.

C. Premiums and fees	**Table of premiums (in EUR) up to the age of 60**
	Per person and day of travel: from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 1,91 per day, however at least EUR 8.50
	Table of premiums (in EUR) from the age of 61
	Per person and day of travel: from 1 to a maximum of 365 days of travel, EUR 8,07 per day, however at least EUR 8.50
	1. The tariff rate shall be based upon the respective age of the insured person. Age is defined as the difference between the current year and the year of birth. 2. The premiums are single premiums payable upon conclusion of the insurance policy. 3. Payment of premiums can be either be arranged by SEPA direct debit transfer (see § 8, para. 2 AVB-R), by credit card or PayPal. 4. Should it not be possible to use the SEPA direct debit facility through the fault of the policyholder, the insurance company can demand reimbursement of any bank charges thus incurred.
D. Eligibility	All persons with a permanent place of residence in the Federal Republic of Germany or in Austria who are only staying abroad for a temporary period of time are eligible for insurance according to this tariff.
E. Territorial scope	Insurance cover shall extend to include medical treatment received abroad. Abroad is deemed to be all countries world-wide, with the exception of those territories for which the insured person holds citizenship and/or in which they have a permanent place of residence immediately before commencement of the trip abroad. Excluded from insurance cover are trips to the member states of the North American Free Trade Agreement NAFTA (USA, Canada and Mexico). However, insurance cover is provided for a temporary stay of up to 2 days in NAFTA member states for the purpose of passing through such states on one's journey. Insurance cover in NAFTA states shall be limited to 4 days in total (outward and return journey) per trip declared in the application. In the event of a temporary return to the home country and subject to notification by the policyholder, the continuation of the insurance coverage and extension of coverage to include the insured party's home country for up to a maximum period of 4 weeks shall be deemed to be agreed.
F. Policy term	Insurance cover shall commence at the point in time specified in the insurance certificate. An extension of insurance cover beyond the agreed term shall require the express written agreement of the insurer or of its cooperation partner (CareConcept AG) The regulations governing the time of commencement of the insurance cover according to § 2 AVB-R Part I shall apply correspondingly to any period of extension.
G. Other Terms and Conditions	The supplementary conclusion of the CARE Travel tariff as an extension or as previous insurance to further foreign travel health insurance cover provided by tariffs of AXA Krankenversicherung AG or other insurers is not possible.

Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Stand 21.11.2017

Konzerngesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe teilnehmen:

- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- AXA Service & Direct Solutions GmbH
- AXA MATRIX Risk Consultants Deutschland, ZN der AXA Matrix Risk Consultants S.A., Paris
- AXA Versicherung AG
- clerita GmbH
- DBV Deutsche Beamtenversicherung, ZN der AXA Versicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- AXA Direktberatung GmbH
- E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG
- Helmsauer & Preuss GmbH
- INREKA Finanz AG
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheits-daten
Alle Konzerngesellschaften	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungs- und Regressbearbeitung, Vermittlerbetreuung	ja
	AXA Group Solutions S.A. einschl. Ndl. Deutschland	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	nein
	AXA Logistik & Service GmbH	Post-, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Technology Services Germany GmbH und GIE AXA Tech Belgium	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Customer Care Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung	ja
	ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst	nein
	AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	GIE AXA	Hosting, Datenselektionen	nein
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern u. Dienstleistern	nein
AXA ART Versicherung AG	ACS Information Technologies UK Limited	Rechenzentrumsbetreiber	nein
AXA Krankenversicherung AG	ViaMed GmbH	Leistungsprüfung	ja
	ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement	ja[1]
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja[1]
	unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)	ja
AXA Lebensversicherung AG	AXA Bank AG	Depotverwaltung für Fondspolicen	nein
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags-/Leistungsbearbeitung (Zahlungssystem ERGO und Münchner Rück)	ja
	unternehmen Online GmbH & Co.KG	Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)	ja
	SP Consult AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	nein
AXA Versicherung AG/ AXA easy Versicherung AG/ DBV Deutsche Beamten-versicherung, ZN der AXA Versicherung AG	AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Kreditkarteninhaber, Bestandsverwaltung, Leistungs-bearbeitung für Mietwagen-KFZ-versicherungen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden	ja[1]
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Versicherungsforen medi-part GmbH	Leistungsbearbeitung	ja[1]
	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Auskünfte	ja[1]
	Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen	nein
	Öconsult Assekuranzberatung OHG	Regressprüfung	ja

Dienstleisterkategorien, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist und/oder Dienstleistungserbringung erfolgt durch viele verschiedene Dienstleister

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister<u>kategorie</u>	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheits-daten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter/ med. Experten/Berater	Antrags-/ Leistungs-/ Regressprüfung/Beratung	zum Teil[1]
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil[1]
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Kundenzufriedenheitsanalyse	nein
	Marketingagenturen/ -provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershops/ Druckereien	Postsendungen/ Newsletter (E-Mail)	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen/Onlineservices	ja
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug	ja
	Inkassounternehmen/Auskunfteien	Forderungsbearbeitung, Existenznachweis	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja
	Routenplaner	Schadenbearbeitung/ Terminplanung	nein
	Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement	ja
	Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (techn. Versicherungen)	nein
	Vermittler	Antrags-, Leistungs- u. Schadenbearbeitung, Beratung	zum Teil[1]
	Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in bes. Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung	ja
AXA Krankenversicherung AG	Heil-/ Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln	ja

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz einsehbar.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.

[1] ggf. mit separater Einwilligung