

## Antrag

zur Teilnahme an der Gruppenversicherung über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung für Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

**Antrag**

SAP-Nr. 312285; 01.2021 fe

zur Teilnahme an der Gruppenversicherung über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung.

<b>I. Antragsteller/Hauptversicherter</b>		BK-Versicherungsnummer (falls bekannt)	
Name, Vorname	Telefon tagsüber/abends oder E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		
Straße, Hausnummer	Name, Sitz Arbeitgeber		
Postleitzahl, Ort	beschäftigt seit: Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	Versicherungsnummer des Gruppenvertrags-	<b>KG-</b> <input type="text"/>

Besteht für die zu versichernden Personen eine gleichwertige Zusatzversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG bzw. bei der UKV AG?  nein  ja  Diese soll beendet werden?  nein  ja

Falls ja, bitte Versicherungsnummer angeben: **KK-**  **KE-**

**Hinweis:** Die Tarife 820 K Plus, 820 K, PEP, AS und VorsorgePro S sind ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert, so dass sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter (entsprechend den tariflichen Lebensaltersgruppen) richten. Sollte bereits eine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung mit Alterungsrückstellungen bestehen, verfällt bei einem Wechsel in die Tarife 820 K Plus, 820 K, PEP, AS und VorsorgePro S die bereits angesparte Alterungsrückstellung.

**Vorvertragliche Anzeigepflicht**  
Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben.  
Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder anzufechten, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

**II. Zu versichernde Personen**

Ich beantrage für folgende Personen die Teilnahme an der Gruppenversicherung auf eigene Kosten entsprechend dem zwischen meinem Arbeitgeber und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG bestehenden Gruppenvertrag über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung. Die Versicherung soll am Ersten des Monats nach Zugang des Antrags beim Versicherer beginnen (außer bei der Nachversicherung von Neugeborenen ab Geburt).

	<b>Person 1 / Antragsteller</b>	<b>Person 2 / Ehegatte verheiratet seit:</b> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	<b>Person 3 / Kind 1</b>	<b>Person 4 / Kind 2</b>
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Gesetzlich in Deutschland krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht bei einer anderen privaten Krankenversicherung (PKV) eine Zusatzversicherung, die weiter bestehen bleibt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Absicherung besteht? <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Arzt für Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Absicherung besteht? <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Arzt für Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Absicherung besteht? <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Arzt für Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Absicherung besteht? <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Arzt für Naturheilverfahren
Ich beantrage die Aufnahme in den Tarif: (hier kann nur jeweils ein Tarif beantragt werden)	<input type="checkbox"/> 820 K Plus <input type="checkbox"/> 820 K <input type="checkbox"/> PEP Standard	<input type="checkbox"/> 820 K Plus <input type="checkbox"/> 820 K <input type="checkbox"/> PEP Standard	<input type="checkbox"/> 820 K Plus <input type="checkbox"/> 820 K <input type="checkbox"/> PEP Standard	<input type="checkbox"/> 820 K Plus <input type="checkbox"/> 820 K <input type="checkbox"/> PEP Standard
Hinweis: Der Tarif AS kann nur gemeinsam mit dem Tarif 820 K Plus geführt werden.	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> AS	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> AS	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> AS	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> AS
Hinweis: Der Tarif PEP Premium kann nur gemeinsam mit den Tarifen 820 K Plus oder 820 K geführt werden.	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> PEP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> PEP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> PEP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> PEP Premium
Hinweis: Die Tarife VorsorgePro S und PEP Plus können entweder allein oder jeweils gemeinsam mit den Tarifen PEP Standard, 820 K Plus oder 820 K geführt werden. Sie können nicht zusammen abgeschlossen werden.	<input type="checkbox"/> VorsorgePro S oder <input type="checkbox"/> PEP Plus	<input type="checkbox"/> VorsorgePro S oder <input type="checkbox"/> PEP Plus	<input type="checkbox"/> VorsorgePro S oder <input type="checkbox"/> PEP Plus	<input type="checkbox"/> VorsorgePro S oder <input type="checkbox"/> PEP Plus

**III. Beitragszahlung**

Ich übernehme für die im Antrag aufgeführten Personen die Beitragsschuld anstelle des Versicherungsnehmers/Arbeitgebers in vollem Umfang und bin damit einverstanden, dass der Versicherer die Beiträge mittels SEPA-Basislastschriftverfahren von der angegebenen Bankverbindung einzieht. Auf die angegebene Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden. Um am SEPA-Basislastschriftverfahren teilnehmen zu können, ist es erforderlich, das SEPA-Lastschriftmandat vollständig auszufüllen.

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

**Zahlungsweise**  
sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise  
 jährlich

Wenn ich aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis ausscheide oder der Gruppenversicherungsvertrag endet, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit den versicherten Tarifen zu den entsprechenden Bedingungen der Einzelversicherung mit mir als Versicherungsnehmer fort. Voraussetzung ist, dass Versicherungsfähigkeit in den Einzelversicherungstarifen besteht. Der Fortsetzung als Einzelversicherung kann ich innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Informationen darüber mit Wirkung von Beginn widersprechen.

#### IV. Angaben zum Gesundheitszustand

##### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie nochmals den Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und die Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Hinweis: Durchgeführte prädiaktive Gentests (Erläuterung im Antrag) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

Fragen zu den Tarifen PEP Standard, 820 K Plus, 820 K, AS und PEP Premium		Person 1 / Antragsteller	Person 2 / Ehegatte	Person 3 / Kind 1	Person 4 / Kind 2
		Vorname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
1.1	Körpergröße/Körpergewicht (keine Beantwortung, wenn nur der Tarif PEP Standard beantragt wird)	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
1.2	Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 6 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2500 Gramm? (Bei Bejahung: Bitte Vorlage von Kopien aller bisher durchgeführten Kinder-vorsorgeuntersuchungsbögen - keine Beantwortung, wenn nur der Tarif PEP Standard beantragt wird.)			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen? Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahren)  (keine Beantwortung, wenn nur der Tarif PEP Premium beantragt wird)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl* <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl* <input type="text"/>
3.	Finden zurzeit Zahnersatzmaßnahmen statt, sind solche notwendig oder beabsichtigt bzw. wurden in den letzten <b>zwei</b> Jahren Maßnahmen angeraten, die bisher noch nicht durchgeführt wurden? (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahren)  (Zahnersatzmaßnahmen sind Anfertigung oder Erneuerung von Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, In- bzw. Onlays; nicht zu berücksichtigen sind Maßnahmen für fehlende bzw. zu ziehende Zähne.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

\*ggf. Risikozuschlag laut Tabelle auf Seite 4

Zusatzfragen für die Tarife AS und PEP Standard		Person 1 / Antragsteller	Person 2 / Ehegatte	Person 3 / Kind 1	Person 4 / Kind 2
4.1	Haben wegen einer der folgenden Krankheiten in den letzten <b>drei</b> Jahren Behandlungen durch einen Arzt, Heilpraktiker, Masseur, Krankengymnast oder im Krankenhaus stattgefunden oder finden deswegen zurzeit Behandlungen statt bzw. sind vorgesehen oder angeraten?  - Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur (mehr als einmal in den letzten <b>drei</b> Jahren aufgetreten)  - Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergien**, Migräne, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, psychische und psychiatrische Erkrankungen  (** Hinweis: Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind keine Allergien und daher nicht relevant)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.2	Besteht eine der folgenden Krankheiten oder sind deswegen Behandlungen oder Untersuchungen vorgesehen oder angeraten?  - Asthma Bronchiale, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Diabetes mellitus („Zucker“) und HIV-Infektion bzw. AIDS	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zusatzfragen für die Tarife 820 K Plus, 820 K und PEP Premium		Person 1 / Antragsteller	Person 2 / Ehegatte	Person 3 / Kind 1	Person 4 / Kind 2
<b>5. derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen/ Untersuchungen</b>					
5.1	Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche bzw. geistige Behinderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.2	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.3	Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen – ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>6. Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren</b>					
6.1	Erfolgt in den letzten drei Jahren <b>ambulante</b> Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)? Die Frage kann verneint werden bei <b>ausschließlichem</b> Vorkommen von: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akuter Magen-Darm-Infektionen, Geburt und Entbindung jeweils ohne Komplikationen und Folgen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.2	Wurden in den letzten 3 Jahren länger als 4 Wochen ununterbrochen Medikamente eingenommen oder werden fortlaufend Medikamente eingenommen? (Empfängnisverhütende Medikamente müssen nicht angegeben werden.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>7. Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren</b>					
7.1	Erfolgt in den letzten fünf Jahren <b>stationäre</b> Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.2	Wurden in den letzten fünf Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt? (Beantwortung dieser Frage nur, wenn der Tarif 820 K Plus beantragt wird)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Fragen zum Tarif PEP Plus</b>					
8.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.	Findet zurzeit eine Krankenhausbehandlung statt, steht eine Krankenhausbehandlung bevor oder ist eine solche angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Frage zum Tarif VorsorgePro S</b>					
10.	Besteht eine Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Hörhilfen kein Versicherungsschutz besteht.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Bitte machen Sie bei den mit ‚ja‘ beantworteten Fragen 5.1, 5.3, 6.1, 6.2, 7.1 und 7.2 hier nähere Angaben**

Person/ Vorname	zu Frage	Genauere Angaben über die Art der Krankheit (Diagnose), Behandlung, Untersuchung, Verletzung, Unfallfolge, Beschwerde, Prothese, Anomalie, des Gebrechens, Organfehlers, Körperimplantates, der Behinderung, Wehrdienstbeschädigung; Name / Dosierung des Medikaments, Beruhigungsmittels, der Droge, ggf. Entbindungstermin	Behandlung von / bis	Operation	Folgenlos ausgeheilt?		
					nein: folgen weitere Behandlungen oder sind weitere Behandlungen geplant und zwar	ja: ausgeheilt und beschwerdefrei seit Monat / Jahr	besteht Nagelung (oder Ähnliches, bei Kochenbrüchen u. Ä.) die noch entfernt werden muss?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

- Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.
- Ich möchte dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen. Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

\* Risikozuschlagstabelle für die **Tarife PEP Standard, 820 K Plus, AS und 820 K**  
**Risikozuschläge für fehlende, nicht ersetzte oder zu ziehende Zähne einschließlich fehlender Backenzähne (ohne Weisheitszähne)**

Tarif	PEP Standard	820 K Plus	AS	820 K	Tarif	PEP Standard	820 K Plus	AS	820 K
<b>1 fehlender Zahn</b>	2,00 €	2,60 €	2,00 €	2,00 €	<b>4 fehlende Zähne</b>	Ablehnung	10,40 €	Ablehnung	Ablehnung
<b>2 fehlende Zähne</b>	4,00 €	5,20 €	4,00 €	4,00 €	<b>5 fehlende Zähne</b>	Ablehnung	13,00 €	Ablehnung	Ablehnung
<b>3 fehlende Zähne</b>	6,00 €	7,80 €	6,00 €	6,00 €	<b>6 fehlende Zähne</b>	Ablehnung	15,60 €	Ablehnung	Ablehnung

Eine Aufnahme ist nicht möglich: Ab 4 fehlenden Zähnen in die Tarife PEP Standard, 820 K und AS und ab 7 fehlenden Zähnen in den Tarif 820 K Plus.

## V. Bestätigung zur Informationspflicht

### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie die Tarifbestimmungen mit den dazu gehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

- ja
- nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigefügt)

## VI. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung)

Der Text der Einwilligung- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt. Dies gilt nicht für Ziffer 3.6.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutz-Grundverordnung 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, der Versicherer, 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 Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (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 den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begrün-

derung 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. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

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

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

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

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

#### Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss<sup>1)</sup>. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

1) Für einen Antrag einer Krankenversicherung gilt abweichend: Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung für eine Krankenversicherung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss.

## 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer 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.

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

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

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Der Versicherer führt 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 überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer 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 [dienstleister.vkb.de](http://dienstleister.vkb.de) eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: [datenschutz@vkb.de](mailto:datenschutz@vkb.de), angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der 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, kann der Versicherer 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 der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer 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 der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall-einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de), betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer 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 benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer 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 Ziffer 2.1.).

## 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt 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 der Versicherer 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.

**3.6. Datenweitergabe an Dienstleister von selbstständigen Vermittlern**

Sofern der Sie betreuende Vermittler einen oder mehrere Dienstleister mit der Verwaltung Ihrer Verträge beauftragt hat (beispielsweise Maklerpools oder Betreiber von Vergleichssoftware oder Maklerverwaltungsprogrammen), werden in den in Ziffer 3.5 genannten Fällen die Informationen direkt vom Versicherer auch an die Dienstleister Ihres Vermittlers zur Verarbeitung übermittelt. Die Liste dieser Dienstleister erhalten Sie von Ihrem Vermittler.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den in Ziffer 3.5 genannten Fällen – soweit erforderlich – an den Dienstleister des für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittlers übermittelt.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

**VII. Zusatzklärungen**

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung und Hinweise zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Datum	Unterschrift Antragsteller/Hauptversicherter	Unterschrift(en) zu versichernde Person(en) ab 16 Jahren
X	X	X

**Wird vom Vermittler ausgefüllt!**

HV/NV/Zweigstelle

**Bitte dringend ZusOB beachten:**

SI/IZB-Ref.Nr.

SPK VermKennzeichen **S**

HV/NV/Zweigstelle

**Bitte dringend ZusOB beachten:**

FIDUCIA-Kennung **Y H**

Stempel und Telefon des Vermittlers

**Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft**  
 Maximilianstraße 53 · 81537 München  
 Haus- und Paketanschrift:  
 Warrgauer Straße 30 · 81539 München  
 Telefon +49 89 2160-8888  
 Telefax +49 89 2160-8001  
 www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand: Andreas Kolb (Vorsitzender),  
 Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl  
 Vorsitzende des Aufsichtsrats: Isabella Pfaller  
 Handelsregister: AG München HRB 111 650  
 Sitz: München

Konto: BayernLB  
 IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
 BIC BYLADE33033  
 Gläubiger-ID: DE50BK000000156985  
 Umsatzsteuer-ID-Nr: DE245885569

Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53  
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG  
**DE50BK000000156985**

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer  
**wird separat mitgeteilt**

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

- zum Antrag/Vertrag
- zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Beiträge für die genannten Versicherungsverträge von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Kontoinhaber: Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
IBAN	BIC
Kreditinstitut	

Sofern die Beiträge von meinem / unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft speichert die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.

Ort, Datum	Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)
------------	--

**Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft**  
Maximilianstraße 53 · 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30 · 81539 München  
Telefon +49 89 2160-8888  
Telefax +49 89 2160-8001  
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand: Andreas Kolb (Vorsitzender),  
Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl  
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Isabella Pfaller  
Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München

Konto: BayernLB  
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
BIC BYLADEMMXXX  
Gläubiger-ID: DE50BK000000156985  
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE245885569

Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik  
Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

## Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen (zum Verbleib beim Antragsteller)

### **Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage**

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarife erkenne ich als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Grundlage ist auch der Gruppenversicherungsvertrag.

### **Zustandekommen des Vertrages**

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsnachweis ausgehändigt oder angeboten wird.

### **Erläuterung zu prädiktiven Gentests**

Gemäß Gendiagnostikgesetz darf der Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig gemacht werden. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

### **Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die kirchliche Höherversicherung und die kirchliche Ergänzungsversicherung:**

#### **Versicherbarer Personenkreis**

Versicherbar sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Hauptversicherter ist der kirchliche Mitarbeiter. In die Tarife können auch Angehörige (Ehegatten, Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres) aufgenommen werden.

#### **Anmeldung, Gesundheitsprüfung**

Die Aufnahme in die Versicherung ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Antrag abgelehnt oder die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

#### **Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Wartezeiten**

Der Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, frühestens mit Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrages und nicht vor Zugang der Teilnehmererklärung beim Versicherer. Die allgemeine Wartezeit entfällt. Die besonderen Wartezeiten betragen in den jeweiligen Tarifen der kirchlichen Ergänzungsversicherung (PEP Standard, PEP Plus, PEP Premium, AS) für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. In den Tarifen der kirchlichen Höherversicherung (820 K und 820 K Plus) entfallen die besonderen Wartezeiten. Für den Tarif VorsorgePro S bestehen keine Wartezeiten.

#### **Beendigung des Versicherungsverhältnisses**

Das Versicherungsverhältnis der einzelnen versicherten Personen endet:

- bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses. Die Kündigung ist zum 31.12. des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre jeweils mit einer Frist von drei Monaten möglich. Eine spätere Wiederanmeldung ist ausgeschlossen.
- bei Beendigung des Dienst-/Arbeitsverhältnisses des Mitarbeiters, jedoch nicht bei Rentengewährung in unmittelbarem Anschluss an das Arbeitsverhältnis,
- bei Ehegatten mit Rechtskraft der Scheidung,
- bei Kindern mit Vollendung des 27. Lebensjahres,
- bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages,
- bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

#### **Tarif AS**

Der Tarif AS kann nur von Personen geführt werden, die in der kirchlichen Höherversicherung nach dem Tarif 820 K Plus versichert sind. Endet die Versicherung in diesem Tarif, endet gleichzeitig die Versicherung im Tarif AS.

#### **Ausscheiden und Weiterversicherung**

Aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheidende Versicherte können die Versicherung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortsetzen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach dem Gruppenversicherungsvertrag mindestens drei Monate bestanden hat und der Antrag auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer in Textform zugeht.

### **Widerrufsbelehrung**

#### **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsnachweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 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

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch  
Andreas Kolb (Vorstandsvorsitzender),  
Katharina Jessel und Isabella Martorell NaBl  
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München  
Hausanschrift: Warnagauer Straße 30, 81539 München  
E-Mail: service@vkb.de

#### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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 Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

#### **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.

#### **Ihre Bayerische Beamtenkrankenkasse AG**

### **Hinweise zum Datenschutz**

**Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die Bayerische Beamtenkrankenkasse, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten enthält das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“, das ich bei Antragstellung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, erhalte ich dieses Merkblatt zusammen mit dem Versicherungsnachweis.**

**Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse für den Hauptversicherten besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif bzw. zusätzliche versicherte Person ggf. der bestehenden Versicherungsnummer zugeordnet werden und damit der Vermittler, der bisher diese Versicherungsnummer betreut, auch den jetzt abgeschlossenen Tarif bzw. die nachversicherte Person betreut und die für die Betreuung erforderlichen Daten erhält.**



## Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Maximilianstraße 53, 81537 München, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 VVG handelt.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die

Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil; sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 5. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung von uns wirksam angefochten wird, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

#### 6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Übersicht Dienstleister

zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken-, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung  
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter [dienstleister.vkb.de](http://dienstleister.vkb.de))

**Bitte beachten Sie: Jeder dieser Dienstleister erhält personenbezogene Daten nur dann, wenn dies zur Erfüllung der übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Andernfalls findet keine Datenübermittlung statt.**

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherungskammer Bayern</li> <li>▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts</li> <li>▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG</li> <li>▪ Bayerischer Versicherungsverband</li> <li>▪ Versicherungsaktiengesellschaft</li> <li>▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG</li> <li>▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG</li> <li>▪ Union Krankenversicherung AG</li> <li>▪ Union Reiseversicherung AG</li> <li>▪ Versicherungskammer Bayern Konzern</li> <li>▪ Rückversicherung AG</li> <li>▪ SAARLAND Feuerversicherung AG</li> <li>▪ SAARLAND Lebensversicherung AG</li> <li>▪ Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG</li> <li>▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG</li> <li>▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG)</li> <li>▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH</li> </ul>	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH</li> <li>▪ Versicherungskammer</li> <li>▪ Maklermanagement Kranken GmbH</li> <li>▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH</li> <li>▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH</li> <li>▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH</li> <li>▪ Versicherungsservice MFA GmbH</li> <li>▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH</li> </ul>	Kunden- und Vertriebsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH</li> <li>▪ VKBit Betrieb GmbH</li> </ul>	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Combitel GmbH</li> </ul>	Service-Center (z. B. für telefonische Auskünfte)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MediRisk Bayern</li> <li>▪ Risk- und Rehamanagement GmbH</li> </ul>	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
<b>Externe Unternehmen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung</li> </ul>	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concentrix Services (Germany) GmbH</li> </ul>	Polizierung und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medizinische Gutachter</li> <li>▪ medizinische Berater</li> </ul>	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actineo GmbH</li> </ul>	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen</li> </ul>	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARVATO AG</li> </ul>	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung</li> <li>▪ General Reinsurance AG</li> <li>▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG</li> </ul>	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.</li> </ul>	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Info Partner KG</li> <li>▪ Creditreform</li> <li>▪ infoscore Consumer Data GmbH</li> </ul>	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH</li> <li>▪ Deutsche Assistance Service GmbH</li> <li>▪ RehaAssist Deutschland GmbH</li> <li>▪ MD Medicus Assistance Service GmbH</li> </ul>	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ProTect Versicherung AG</li> <li>▪ Cardif Allgemeine Versicherung</li> </ul>	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden

Stand: 01.01.2018