

Antrag und Firmeninformationsbogen zur betrieblichen Krankenversicherung

SAP-Nr.: 333922; 12.2019 ek

I. Kunden-/Unternehmensdaten

Firmenname und Rechtsform (Versicherungsnehmer)		
Postleitzahl	Ort	Straße, Haus Nr.
Internet-Adresse		
Ansprechpartner mit E-Mail-Adresse		
Funktion	Telefon	
Besteht bereits ein Gruppen-/Rahmenvertrag mit einem anderen Krankenversicherer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, mit welchem?		
Der Versicherungsnehmer beantragt die betriebliche Krankenversicherung nicht nur für sich, sondern auch für Mitarbeiter von nachfolgend abschließend aufgeführten Unternehmen, an denen er mit mindestens 50 Prozent beteiligt ist.		
Name und Anschrift		
Name und Anschrift		

Die Angaben zum Unternehmen unter III. sind in der Gesamtschau über alle einbezogenen Unternehmen zu beantworten.

II. Daten zum Vertrag

Versicherungsbeginn:

Beantragt wird
 vollarbeitgeberfinanziert arbeitgeberorganisiert

folgende Absicherung für gesetzlich krankenversicherte Personen: BKV 1 BKV 2 BKV 3 BKV 4 VorsorgePro
(nur bei Vollarbeitgeberfinanzierung anzukreuzen)

folgende Absicherung für privat krankheitskostenvollversicherte Personen: BKV 1 P BKV 2 P
(nur gemeinsam mit Vollarbeitgeberfinanzierung für gesetzlich krankenversicherte Personen möglich)

Hinweis: In den Tarifen BKV 3, BKV 4 und VorsorgePro sind nur gesetzlich krankenversicherte Personen versicherungsfähig.

Sonstige Angaben:

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Die in diesem Fragebogen gestellten Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden), vom Gruppenversicherungsvertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder anzufechten, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) gegenüber den versicherten Personen führen kann – Einzelheiten siehe „Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

III. Angaben zum Unternehmen

1a) In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig?

1b) Welche Tätigkeiten werden in Ihrem Unternehmen ausgeübt?
(bei verschiedenen Tätigkeiten bitte prozentuale Verteilung angeben)

1c) Im Unternehmen sind überwiegend Mitarbeiter aus folgenden Berufen / Berufsbranchen beschäftigt:

ja nein Fleischschlachtung (Ausbeiner, Kopfschlächter)

ja nein Sprengtechnik

ja nein Holzarbeit in der Forstwirtschaft

ja nein Hochseefischerei

ja nein Privater Personenschutz (z. B. Leibwächter, BodyGuard)

ja nein berufsmäßige Ausübung von Sport (z. B. Berufssportler, Akrobaten, Artisten, Athleten, Stuntman, Reitlehrer, Tanzlehrer / Tauchlehrer bzw. Berufstaucher, Bergsport / Bergführer)

ja nein Dressmen / Mannequins / Models

2) Anzahl Ihrer unbefristet festgestellten Mitarbeiter

2a) gesetzlich krankenversichert Anzahl:

2b) privat krankenversichert (nur anzugeben bei Arbeitgebervollfinanzierung für privat Krankheitskostenvollversicherte) Anzahl:

Folgende Mitarbeiter sind bei der jeweiligen Anzahl nicht zu berücksichtigen und werden nicht zur betrieblichen Krankenversicherung angemeldet: Mitarbeiter in einem befristeten Arbeitsverhältnis, Auszubildende, geringfügig beschäftigte Mitarbeiter, Praktikanten, Werkstudenten, Zeitrentner.

3a) Erfüllen Sie den im Sozialgesetzbuch vorgeschriebenen Mindestanteil von 5 % an schwerbehinderten Mitarbeitern? ja nein

3b) Falls ja, wie hoch ist die Schwerbehindertenquote?

Angabe in Prozent:

4) Bei wie vielen Ihrer gesetzlich krankenversicherten festangestellten Mitarbeiter bestand innerhalb der letzten 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit von länger als 6 zusammenhängenden Wochen?

Anzahl:

IV. Ansprechpartner im Vertrieb

Name	Vorname
Telefon	E-Mail
Vertriebs-/Organisationseinheit	
Verantwortlicher Betreuer (DBK/VL/KBK/VBB) und Organisationseinheit	

Vermittlernummer

HV/NV/Zweigstelle	HV/NV/Zweigstelle	E-Mail bKV-Spezialist
Bitte dringend ZusOB beachten:	Bitte dringend ZusOB beachten:	E-Mail Abschlussvermittler
SI/IZB-Ref.Nr.	FIDUCIA-Kennung Y H	
SPK VermKennzeichen S		

Firmenkunde wurde gemeinsam mit AOK Bayern beraten

ja nein

Bitte hier die AOK-Vermittlernummer eintragen
AOK Kopfstelle (Sonderbeteiligter) 2 3 0 0 0 0 0
AOK Geschäftsstelle (RefNr. Sonderbeteiligter) 2 3

Geplante vertriebliche Aktivitäten:

Mailing Rundschreiben Beratungstag Potenzialanalyse

Unterstützung durch Arbeitgeber:

Gehaltsbeileger Beratungstage Intranetauftritt Aufnahme in Sozialkatalog der Firma

Datum	Unterschrift des Vermittlers
-------	------------------------------

V. Bestätigung zur Beratungspflicht

Beratungspflicht nach § 6 VVG

ja: Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.
 nein: Ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung unterschrieben (siehe Anlage).

VI. Zusatzerklärungen

Vom Mustergruppenversicherungsvertrag und dem Merkblatt mit Hinweisen zum Datenschutz für Arbeitgeber haben wir Kenntnis erhalten.

Sonstige Angaben:

Zahlungsweise (sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise)

jährlich

Datum	Unterschrift der vertretungsberechtigten Person/Personen (Kunde)
-------	--

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),
Manuela Kiechle
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Robert Heene
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.

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.

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.

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

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

Vorstand: Andreas Kolb (Vorsitzender),
 Manuela Kiechle
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Robert Heene
 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.

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.

Hinweis zum Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

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 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)
und Manuela Kiechle
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Hausanschrift: Wangauer Straße 30, 81539 München
Telefax: (089) 2160-8001, 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

*Als Versicherungsschein gilt der unterschriebene Gruppenversicherungsvertrag zusammen mit der Abrechnungsliste, aus der sich Ihr zu zahlender Monatsbeitrag ergibt.