Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

SAP-Nr.: 333922; 09.2025 ek

Firmeninformationsbogen für die betriebliche Krankenversicherung

I. Kunden-/Unternehmensdaten

Firmenname und Rechtsform (Versicherungsnehmer)

Postleitzahl | Ort | Straße, Haus Nr.

Internet-Adresse (freiwillige Angabe)

Ansprechpartner mit E-Mail-Adresse

Funktion | Telefon (freiwillige Angabe)

Besteht bereits ein Gruppen-/Rahmenvertrag mit vergleichbaren Leistungen mit einem anderen Krankenversicherer?
☐ ja ☐ 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 oder seine Tochterunternehmen jeweils mit mindestens 50 Prozent beteiligt sind.

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

Gewünschter Versicherungsbeginn:

Frühestmöglicher Versicherungsbeginn ist der nächste Monatserste nach Zugang des Firmeninformationsbogens beim Versicherer.

Beantragt wird

folgende voll arbeitgeberfinanzierte Absicherung für **gesetzlich krankenversicherte** Personen:
☐ BKV 1 ☐ BKV 2 ☐ BKV 3 ☐ BKV 4 ☐ ComfortPro ☐ BKV-AS AG ☐ VorsorgePro ☐ BudgetVorsorge
☐ KlinikPro ☐ BudgetPro 400 ☐ BudgetPro 800 ☐ BudgetPro 1200

folgende voll arbeitgeberfinanzierte Absicherung für **privat krankheitskostenvollversicherte** Personen:
☐ BKV 1 P ☐ BKV 2 P ☐ BudgetPro 400 P ☐ BudgetPro 800 P ☐ BudgetPro 1200 P ☐ VorsorgePro P ☐ BudgetVorsorge P
(nur gemeinsam mit Vollarbeitgeberfinanzierung für gesetzlich krankenversicherte Personen möglich – bei privat Krankenversicherten wird der Tarifname BudgetPro technisch mit dem Zusatz „P“ gekennzeichnet)

Hinweis: Der Tarif BKV-AS AG kann nur gemeinsam mit den Tarifen BKV 2, BKV 3, BKV 4 oder ComfortPro abgeschlossen und geführt werden. Der Tarif KlinikPro ist nicht mit einem der Tarife BKV 1, BKV 2, BKV 3, BKV 4, ComfortPro und BKV-AS AG kombinierbar. Die Tarife BudgetPro sind nicht mit den Tarifen BKV 1, BKV 1 P und BKV-AS AG kombinierbar. Die Tarife BudgetVorsorge (P) können nicht mit den Tarifen VorsorgePro (P) kombiniert werden.

☐ Der Vertrag soll ohne Beitragsbefreiung in entgeltfreien Zeiten abgeschlossen werden.

Zahlungsweise (sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise) ☐ jährlich im Voraus

Vorvertragliche Anzeigepflichten
Die in diesem Firmeninformationsbogen 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)“.
Insbesondere die Angabe zur Anzahl der Mitarbeiter ist wesentlich. Weicht die Angabe von den tatsächlichen Verhältnissen ab, kommt der Vertrag unter Umständen nicht zustande.

III. Angaben zum Unternehmen und zu den Mitarbeitern

1) 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, Fitnesstrainer)
☐ ja ☐ nein Dressmen / Mannequins / Models

2a) Anzahl Ihrer Mitarbeiter
Neben den unbefristet festangestellten Mitarbeitern werden auch folgende Mitarbeiter zur betrieblichen Krankenversicherung angemeldet **(Bitte zutreffendes ankreuzen. Nur ankreuzen, falls gewünscht)**: ☐ Befristet Beschäftigte ☐ Geringfügig Beschäftigte

Von den anzumeldenden Mitarbeitern sind

2b) gesetzlich krankenversichert Anzahl:

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

Hinweis: In der jeweiligen Anzahl sind alle Mitarbeiter zu berücksichtigen, die in der bKV angemeldet werden sollen. Personen, auf die das nicht zutrifft, sind nicht zu zählen. Nicht versicherbar sind Zeitrentner, Praktikanten, Werkstudenten und Auszubildende.

333922; 09.2025 ek

Reset Form

3) Wie viele schwerbehinderte Mitarbeiter beschäftigen Sie?

Anzahl:

4a) Bei wie vielen Ihrer gesetzlich krankenversicherten Mitarbeiter nach Nr. 2b) bestand innerhalb der letzten 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit von länger als 6 zusammenhängenden Wochen? Anzahl:

4b) Bei wie vielen Ihrer privat krankenversicherten Mitarbeiter nach Nr. 2c) bestand innerhalb der letzten 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit von länger als 6 zusammenhängenden Wochen **(nur anzugeben bei Arbeitgebervollfinanzierung für privat Krankheitskostenvollversicherte im BudgetPro P)**? Anzahl:

5) Der Versicherungsnehmer ist ein kommunaler öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber (Gemeinde, Stadt, Landkreis, Zweckverband) oder ein Arbeitgeber, an dem ein kommunaler öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber mehrheitlich beteiligt ist. ☐ ja ☐ nein

IV. Ansprechpartner im Vertrieb

Name | Vorname

Telefon | E-Mail

Vertriebs-/Organisationseinheit

Verantwortlicher Betreuer (DBK/VL/KBK/VBB) und Organisationseinheit

Vermittlernummer

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**

E-Mail bKV-Spezialist

E-Mail Abschlussvermittler

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 zum Vertrag:

Die in diesem Firmeninformationsbogen mitgeteilten Angaben sind die Grundlage für die Entscheidung des Versicherers, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben wahrheitsgemäß und korrekt sind. Treten nach Abgabe des Firmeninformationsbogens Änderungen ein, bin ich verpflichtet, diese dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Datum | Unterschrift der vertretungsberechtigten Person/Personen (Kunde)

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

Vorstand: Klaus G. Leyh (Vorsitzender), Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist, Frank A. Werner
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Isabella Martorell Naßl
Handelsregister: AG München HRB 111 650
Sitz: München

Konto: BayernLB
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45
BIC BYLADEMMXXX
Gläubiger-ID: DE50BK000000156985
Versicherungsteuer-Nr: 800/V20000048811
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE245885569

Datenschutz ist uns wichtig. Wie Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden, finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz/Datenschutzhinweise. Soweit erforderlich, können wir Ihnen die Datenschutzinformationen auf Anforderung auch postalisch zur Verfügung stellen. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

Reset Form

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

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.

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft speichert die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten.
Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz/Datenschutzhinweise.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

Datenschutz ist uns wichtig. Wie Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden, finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz/Datenschutzhinweise. Soweit erforderlich, können wir Ihnen die Datenschutzinformationen auf Anforderung auch postalisch zur Verfügung stellen. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

Reset Form

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 Gefahrabsicherung 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.