

## Antrag GesundheitGLOBAL Business

### I. Kunden-/Unternehmensdaten

Firmenname und Rechtsform		
Postleitzahl	Ort	Straße, Haus Nr.
Telefon	Telefax	Internet-Adresse
Ansprechpartner		Funktion
E-Mail-Adresse des Ansprechpartners		
Besteht bereits ein Vertrag mit einem anderen Krankenversicherer? Wenn ja, mit welchem und seit wann?		

#### Vorvertragliche Anzeigepflichten

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. Daten zum Vertrag

Ich beantrage / Wir beantragen bei der Union Krankenversicherung AG den Tarif GesundheitGLOBAL Business.

Gewünschter Versicherungsbeginn:  Anzahl zu versichernder Personen:

**Hinweis: Es müssen alle Mitarbeiter versichert werden, die ab dem gewünschten Versicherungsbeginn für Dienstreisen vorgesehen sind. Der Beitrag ist je angefangener 5er Personengruppe zu zahlen.**

Beispiel:

10 zu versichernde Personen -> 2 angefangene 5er Personengruppen  
21 zu versichernde Personen -> 5 angefangene 5er Personengruppen

Anzahl der angefangenen 5er Personengruppen	*	Beitrag je 5er Personengruppe	=	Gesamtbeitrag
<input type="text"/>	*	<b>75,00 Euro</b>	=	<input type="text"/> Euro

### III. Angaben zum Unternehmen

1. In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig?

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

3. Im Unternehmen sind überwiegend Mitarbeiter aus folgenden Berufen / Berufsbranchen beschäftigt:

- |                          |    |                          |      |   |
|--------------------------|----|--------------------------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Berg-, Tagebau und Sprengtechnik  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Fleischverarbeitung (z. B. Lohn- / Kopfschlächter)  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Forstwirtschaft (z. B. Holzarbeiter)  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Hoch- / Tiefbauberufe   |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Ordnungs- und Sicherheitsberufe (Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe)  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Schiffsverkehr  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Straßenverkehr  |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | berufsmäßig Sport ausüben (Berufssportler, Akrobaten, Artisten, Athleten, Stuntmen, Reitlehrer, Tanzlehrer / Tauchlehrer bzw. Berufstaucher, Bergsportler, Bergführer usw.) |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Dressmen / Mannequins   |

4. In welches Land / welche Länder werden die Mitarbeiter überwiegend entsandt?

#### IV. Ansprechpartner im Vertrieb

Name		Vorname	
Telefon	Telefax	E-Mail	
Vertriebs-/Organisationseinheit			
Verantwortlicher Betreuer (DBK/VL/KBK/VBB) und Organisationseinheit			
LD	Partnernummer		
6 0			
Datum	Unterschrift des Vermittlers		

#### V. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

##### Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

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

##### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen 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. Beitragszahlung

Die Beitragszahlungen erfolgen durch jährlichen Einzug von der angegebenen Bankverbindung (SEPA-Basislastschriftverfahren). Die Zustimmung zum SEPA-Basislastschriftverfahren ist Voraussetzung für das Zustandekommen des Versicherungsvertrages.  
Um am SEPA-Basislastschriftverfahren teilnehmen zu können, ist es erforderlich, beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat vollständig auszufüllen und dem Antrag beizulegen.

**Zahlweise**  
Es ist ausschließlich jährliche Zahlweise möglich.

#### VII. Zusatzerklärungen

Mir/uns ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.  
Die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen erkenne ich/erkennen wir als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

##### Ich bin / Wir sind über das Widerrufsrecht informiert.

Datum	Unterschrift des Kunden/Firmenvertreters
-------	--

Bitte den Antrag zurücksenden an:  
Union Krankenversicherung AG  
Abteilung C3RA02  
66099 Saarbrücken

Oder zurückfaxen an:  
(06 81) 8 44-25 09

**Union Krankenversicherung  
Aktiengesellschaft**  
Peter-Zimmer-Straße 2  
66099 Saarbrücken  
Telefon (06 81) 844 0  
Telefax (06 81) 844 2509  
service@ukv.de  
www.ukv.de

**Bankverbindung**  
SaarLB  
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04  
BIC SALADE55XXX  
**Versicherungssteuer-Nr.:** 814/V90814093888  
**Gläubiger-ID** DE69UKV00000157419

**Vorstand**  
Dr. Harald Benzing (Vorsitzender)  
Manuela Kiechle, Andreas Kolb  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Frank Walthes  
**Handelsregister**  
Amtsgericht Saarbrücken HRB 7184  
Sitz: Saarbrücken

Union Krankenversicherung  
Aktiengesellschaft  
Peter-Zimmer-Str. 2  
66099 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer der Union Krankenversicherung AG  
**DE69UKV00000157419**

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

- zum Antrag/Vertrag
- zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Union Krankenversicherung 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 Union Krankenversicherung AG auf mein / unser Konto gezogene 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: Firmenname und Rechtsform	
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 Bevollmächtigten

**Union Krankenversicherung  
Aktiengesellschaft**  
Peter-Zimmer-Straße 2  
66099 Saarbrücken  
Telefon (06 81) 844 0  
Telefax (06 81) 844 2509  
service@ukv.de  
www.ukv.de

**Bankverbindung**  
SaarLB  
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04  
BIC SALADE55XXX  
**Versicherungssteuer-Nr.:** 814/V90814093888  
**Gläubiger-ID** DE69UKV00000157419

**Vorstand**  
Dr. Harald Benzing (Vorsitzender)  
Manuela Kiechle, Andreas Kolb  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Frank Walthes  
**Handelsregister**  
Amtsgericht Saarbrücken HRB 7184  
Sitz: Saarbrücken

## 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 Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken, 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  
Union Krankenversicherung AG  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den  
Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Harald Benzing und die  
Vorstände Manuela Kiechle und Andreas Kolb  
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken  
Postanschrift: 66099 Saarbrücken  
Telefax: (06 81) 844-25 09  
E-Mail: service@ukv.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 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 Union Krankenversicherung AG**

## Übersicht Dienstleister

zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken-, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung  
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter 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