

Egal, wo's hingeht. Wir gehen mit.

Gerade bei längeren Aufenthalten lassen sich Krankheitsfälle und teure Arztbesuche nicht immer ausschließen. Wir schicken Sie dennoch auf die Reise! Mit einem Koffer voller Ziele und unserem global verlässlichen Schutz.

Wir wünschen eine gute und sichere Reise!

GESUNDHEITGLOBAL KOMPAKT

- › Ideal für Personen, die eine medizinische Grundversorgung suchen
- › Für Au-pairs, Praktikanten, Studenten, Schüler, Backpacker, Work & Traveller
- › Bei Auslandsaufenthalten von zwei Monaten bis zu zwei Jahren

GESUNDHEITGLOBAL OPTIMAL

- › Ideal für Personen, die eine bessere medizinische Versorgung im Ausland mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis suchen
- › Bei Auslandsaufenthalten von zwei Monaten bis zu fünf Jahren

GESUNDHEITGLOBAL PREMIUM

- › Ideal für Personen, die sich beruflich längerfristig im Ausland aufhalten, aber auch für alle, die den bestmöglichen Gesundheitsschutz im Ausland wünschen
- › Bei Auslandsaufenthalten von zwei Monaten bis zu fünf Jahren

Unser Service

Wir sind für Sie da, auch wenn Sie weit weg sind.

Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen Sie weltweit sieben Tage die Woche: **+49 211 5363158.***

Gerne informieren wir Sie über weitere Serviceleistungen wie medizinische Hilfe und Beratung vor und während der Reise.

* Gebührenpflichtig.



VERSICHERUNGS
KAMMER
MAKLER
MANAGEMENT

UKV ein Partner der

VERSICHERUNGS
KAMMER
MAKLER
MANAGEMENT

UKV

Stark für mich.

UKV
Union Krankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
+49 681 8447000
service@ukv.de
www.ukv.de

337927; 12.2023

GESUNDHEITGLOBAL
KOMPAKT – OPTIMAL – PREMIUM

Meine Gesundheit kennt
keine Grenzen.

Krankenversicherungsschutz im Ausland

Es handelt sich um Tarifauszüge; Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif.

Finanzgruppe

GESUNDHEITGLOBAL KOMPAKT

GesundheitGLOBAL Kompakt garantiert Ihnen als Student, Schüler, Praktikant, Au-pair, Backpacker oder Work & Traveller genau die medizinische Grundversorgung, die Sie im Ausland benötigen. Inklusive des guten Gefühls, schon vor Reisebeginn an alles gedacht zu haben.

Medizinische Grundversorgung im Ausland

GESUNDHEITGLOBAL OPTIMAL

Auf zu neuen Reiseabenteuern oder beruflichen Herausforderungen! Um die gesundheitlichen kümmert sich Ihr GesundheitGLOBAL-Optimal-Tarif. Gerade bei längeren Auslandsaufenthalten bis zu fünf Jahren bietet GesundheitGLOBAL Optimal einen Krankenversicherungsschutz, auf den Sie – und Ihr Arbeitgeber – sich verlassen können. Und für den Fall, dass Sie vorübergehend nach Deutschland zurückkehren: Sie sind über GesundheitGLOBAL Optimal bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr geschützt – sofern kein deutscher privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht.

Umfangreiche medizinische Versorgung im Ausland

GESUNDHEITGLOBAL PREMIUM

Für besonders leistungsaffine Menschen gibt es GesundheitGLOBAL Premium. Sie erhalten ein umfassendes Versorgungspaket und zahlreiche Zusatzleistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu fünf Jahren.

Bestmögliche medizinische Versorgung (gleichbedeutend mit Vollversicherungsschutz) im Ausland

FÜR ALLE TARIFE GILT

Wer im Ausland unterwegs ist, weiß: Hier können Behandlungskosten sehr hoch sein. Ärzte und Krankenhäuser sind nicht an festgeschriebene Kostensätze gebunden bzw. können Behandlungen ganz individuell berechnen.

GesundheitGLOBAL schützt Sie vor den nur schwer zu kalkulierenden Kosten im Krankheitsfall und gibt Ihnen das sichere Gefühl, im Ausland so gut wie zu Hause versorgt zu sein!

Ihr Versicherungsschutz:*

| GesundheitGLOBAL | Kompakt | Optimal | Premium |
|--|--|--|---|
| Versicherungsdauer | 2 Jahre | 5 Jahre | 5 Jahre |
| Ambulante ärztliche Behandlung | | | |
| Kosten für stationäre Behandlung (z. B. Unterkunft, Verpflegung, Heilmittel, ärztliche Leistungen) | 100 %** | 100 %** | 100 % |
| Ärztlich/zahnärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel | 100 %** | 100 %** | 100 % |
| Krankentransport zum Krankenhaus/Notfallarzt | 100 % | 100 % | 100 % |
| Flugrettungstransport zum Krankenhaus/Notfallarzt | 100 % | 100 % | 100 % |
| Medizinisch sinnvoller Krankenrücktransport ins Heimatland | 100 % | 100 % | 100 % |
| Ärztlich verordnete ambulante Heilmittel | 100 % Bis 250 € im Kalenderjahr | 100 % Bis 250 € im Kalenderjahr | 100 % Bis 500 € im Kalenderjahr Auch bei Verordnung durch Heilpraktiker |
| Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte) | unfallbedingt Bis 150 € je Versicherungsfall | unfallbedingt Bis 150 € je Versicherungsfall | 100 % |
| Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten | 100 % | 100 % | 100 % |
| Schwangerschaftsvorsorge und Entbindung | 100 % | 100 % | 100 % |
| Vorsorgeuntersuchung nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen | — | — | 100 % |
| Schmerzstillende Zahnbehandlung | 100 % Bis 300 € im Kalenderjahr | 100 % Bis 500 € im Kalenderjahr | 100 % |
| Unfallbedingter Zahnersatz | — | 80 % Bis 2.000 € Rechnungsbetrag im Kalenderjahr | 75 % Bis 3.000 € Rechnungsbetrag in den Kalenderjahren 1–3, ohne Begrenzung nach Kalenderjahr 3 |
| Zahnersatz (nicht unfallbedingt) | — | — | |
| Schutzimpfungen laut STIKO | — | — | 100 % |
| Sonstige konservative Zahnbehandlung und Zahnvorsorge | — | — | 100 % |
| Behandlung durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker | — | — | 100 % |
| Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung | — | — | 80 % Bis 2.000 € Rechnungsbetrag im Kalenderjahr |
| Sehhilfen | — | — | 100 % Bis zu 150 € in drei Kalenderjahren |
| Bei vorübergehender Rückkehr nach Deutschland gelten die Tarifleistungen für | — | 6 Wochen im Kalenderjahr | 6 Wochen pro Reiseunterbrechung |

* Es handelt sich um Tarifaufzüge. Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife.

** Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten.

Mein Reiseplan: sicher ans Ziel.

Sie planen einen längerfristigen Auslandsaufenthalt? Ihr Arbeitgeber bietet Ihnen die Möglichkeit, sich international beruflich weiterzuentwickeln? Oder Sie erwägen, über einen längeren Zeitraum fremde Kulturen zu entdecken und sich ganz neuen Herausforderungen fernab der Heimat zu stellen?

Planen Sie mit uns! **GesundheitGLOBAL ist Ihre längerfristige Reisekrankenversicherung mit weltweit gesicherten Leistungen.**

UNSERE SERVICE-APP FÜR SMARTE GESUNDHEITSMANAGER

Alles in einer modernen nutzerfreundlichen App: Informationen rund um die eigene Gesundheit stets digital, mobil und schnell zur Hand.

Reichen Sie Ihre Rechnungen ganz bequem mit unserer App „Mein GesundheitsManager“ ein. Weitere Informationen finden Sie unter www.ukv.de/mein-gesundheitsmanager

Antrag auf Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif GesundheitGLOBAL

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

Frau Herr UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gemalt am

Partnernummer

Titel/Name

Vorname Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr)

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen/Postleitzahl Wohnort

Telefon privat/Mobil (freiwillige Angabe) E-Mail-Adresse (freiwillige Angaben)

Für Fragen: Name, Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Vermittlers

Beitragszahlung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherer die Beiträge mittels SEPA-Basislastschriftverfahren von der angegebenen Bankverbindung einzieht. Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden. Um am SEPA-Basislastschriftverfahren teilnehmen zu können, ist es erforderlich, das SEPA-Lastschriftmandat vollständig auszufüllen.

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt,
gilt monatliche Zahlungsweise

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

jährlich

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)“.

Ich beantrage bei der Union Krankenversicherung AG den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Der Versicherungsvertrag wird für den angegebenen Zeitraum, je nach Tarif maximal für zwei oder fünf Jahre, abgeschlossen.

2. Zu versichernde Personen

Bitte beachten: Bei Versicherung von minderjährigen Kindern darf nur ein Erziehungsberechtigter als Versicherungsnehmer gewählt werden.

| | Person 1 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> | Person 2 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|
| Vorname | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name (inkl. Titel, Namenszusatz) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postleitzahl Wohnort (falls abweichend vom Antragsteller) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Staatsangehörigkeit | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tätigkeitsstatus | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> verbeamtet | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> verbeamtet |
| Beziehung zum Antragsteller (falls versicherte Person abweichend zum Antragsteller) | <input type="checkbox"/> Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) <input type="checkbox"/> sonstige Beziehung: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) <input type="checkbox"/> sonstige Beziehung: <input type="text"/> |

3. Versicherungsschutz/Beitrag

Maßgebend sind die jeweiligen Tarife und zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen

| | Person 1 | Person 2 |
|---|--|--|
| Tarifbezeichnung | <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Kompakt <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Optimal <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium | <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Kompakt <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Optimal <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium |
| monatlicher Beitrag in Euro | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ausreise aus Deutschland am (Versicherungsbeginn) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Einreise nach Deutschland am (Versicherungsende) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reiseland/Reiseländer (bei mehreren Ländern jeweils Angabe des Zeitraums) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Grund des Aufenthaltes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bei Beantragung Tarif GesundheitGLOBAL Premium: | <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium ohne Gesundheitsprüfung. Die nachfolgenden Gesundheitsfragen werden nicht ausgefüllt. Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Bitte im Antrag mit Abschnitt 5 fortfahren. <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium mit Gesundheitsprüfung. Die nachfolgenden Gesundheitsfragen in Abschnitt 4 werden beantwortet. Vorerkrankungen können zu individuellen Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen. | <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium ohne Gesundheitsprüfung. Die nachfolgenden Gesundheitsfragen werden nicht ausgefüllt. Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Bitte im Antrag mit Abschnitt 5 fortfahren. <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Premium mit Gesundheitsprüfung. Die nachfolgenden Gesundheitsfragen in Abschnitt 4 werden beantwortet. Vorerkrankungen können zu individuellen Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen. |

4. Angaben zum Gesundheitszustand (nur erforderlich bei Beantragung Tarif GesundheitGLOBAL Premium mit Gesundheitsprüfung)

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

Hinweis: Durchgeführte Gentests (Erläuterung im Antrag) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.
 Mit 'ja' beantwortete Fragen unter Punkt 4.5. bitte näher erläutern.

Sofern eine der folgenden Fragen nur für bestimmte Eintrittsalter zu beantworten ist, gilt als Eintrittsalter das Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr.

| | Person 1 | | Person 2 | |
|--|---|--|---|--|
| | Größe in cm | Gewicht in kg | Größe in cm | Gewicht in kg |
| 4.1 derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen | | | | |
| 4.1.1 Körpergröße und Körpergewicht | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.1.2 Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 6 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2500 Gramm? (Bei Bejahung: Bitte Vorlage von Kopien aller bisher durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungsbögen.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.1.3 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.1.4 Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z.B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen oder Wehrdienstbeschädigungen, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsbescheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. Grad der Behinderung / Erwerbsminderung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.1.5 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien? | <input type="checkbox"/> nein links <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja rechts <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein links <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja rechts <input type="text"/> |
| 4.1.6 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.1.7 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 |
| 4.2 Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren | | | | |
| 4.2.1 Erfolgt in den letzten drei Jahren ambulante 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 ausschließlichem 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 |
| 4.2.2 Wurden in den letzten drei Jahren oder werden zurzeit Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen genommen? Falls ja: wann? welche? weshalb? wie lange und in welcher Dosierung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 4.3 Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren | | | | |
| 4.3.1 Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre 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 |
| 4.4 Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren | | | | |
| 4.4.1 Wurden in den letzten zehn Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

4.5 Bitte machen Sie bei den mit ‚ja‘ beantworteten Fragen hier nähere Angaben

| zu Frage | zu Person | 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 Medikamentes, 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 Knochenbrüchen 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 |

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 Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Fragen für Zahnleistungen

| | | Person 1 | Person 2 |
|-----|--|---|---|
| 4.6 | Finden zurzeit zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen statt oder sind derartige Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten? Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan beifügen.v | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Art der Behandlung? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Art der Behandlung? <input type="text"/> |
| 4.7 | Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? 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) | <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"/> |
| 4.8 | Besteht Zahnersatz (ersetzte und / oder überkronte Zähne, inkl. herausnehmbarer Zahnersatz), der älter als sechs Jahre ist? Jeder ersetzte und / oder überkronte Zahn (inklusive Kronen in Verbindung mit einer Brücke oder Implantat) ist einzeln zu zählen. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre) | <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"/> |

5. Bestehende Versicherungen

Besteht während des Auslandsaufenthaltes – zusätzlich zu dieser Auslandsreise-Krankenversicherung – ein aktiver Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung?

Gesellschaft/Krankenkasse

| Person 1 | Person 2 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> |

Hinweis, sofern weiterhin die gesetzliche Pflicht zur Krankenversicherung in Deutschland besteht: Die Auslandsreise-Krankenversicherung erfüllt diese Versicherungspflicht nicht.

6. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

6.1 Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

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

6.2 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)

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

Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein.

- | | |
|---|--|
| 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer | 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung |
| 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten | 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) |
| 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht | 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen |
| 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes | 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) |
| 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers | 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler |
| | 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt |

8. Zusatzserklärungen

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzserklärungen 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 X | Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer X | Unterschrift zu vers. Person(en) ab 16 Jahren X |
|------------|---|--|

Bitte beachten: Bei Versicherung von minderjährigen Kindern darf nur ein Erziehungsberechtigter als Versicherungsnehmer gewählt werden.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Union Krankenversicherung AG, Beiträge für diesen abzuschließenden Vertrag 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 gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht. Hinweis: 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 die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Gläubiger-Identifikationsnummer
der Union Krankenversicherung AG:
DE69UKV00000157419

Mandatsreferenznummer /
Versicherungsnummer
wird separat mitgeteilt

| | |
|-----------------------------|-----|
| Kontoinhaber: Name, Vorname | |
| Straße und 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) |
|------------|--|

Die Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft speichert die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.

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

Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 Union Krankenversicherung 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 Krankenversicherung 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 Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. 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 später im Einzelfall erteilen.

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 drei Jahren nach Vertragsschluss. 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.

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 eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datschutz@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 weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, 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.

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.

**Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
66099 Saarbrücken
Haus- und Paketanschrift:
Peter-Zimmer-Straße 2 · 66123 Saarbrücken
Telefon +49 681 844-7777
service@ukv.de
www.ukv.de

Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende),
Martin Fleischer, Katharina Jessel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Andreas Kolb
Handelsregister: AG Saarbrücken HRB 7184
Sitz: Saarbrücken

Konto: SaarLB
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04
BIC SALADE55XXX
Gläubiger-ID: DE69UKV00000157419
Versicherungsteuer-Nr: 814/V90814093888

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 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 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.

Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Vertrags-/Mindestdauer

Der Versicherungsvertrag kann – je nach Tarif – maximal für zwei oder fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutzes).

Wartezeiten

Sofern der Tarif Leistungen für Entbindung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vorsieht, gilt hierfür eine Wartezeit von acht Monaten.

Eventuelle Abweichungen regelt der Tarif. Die Wartezeit rechnet ab Versicherungsbeginn.

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 Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die UKV, 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 Versicherungsschein.

Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der UKV für den Versicherungsnehmer besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif bzw. zusätzliche versicherte Person 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.

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. der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung 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. der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung genannten Fällen – soweit erforderlich – an den Dienstleister des für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittlers übermittelt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

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 Isabella Martorell Naßl
(Vorstandsvorsitzende), Martin Fleischer und Katharina Jessel
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
E-Mail: service@ukv.de
Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des vereinbarten Monatsbeitrags, multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage, gerechnet vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs beim Versicherer. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Ge-

schaftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder Gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

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"> ▪ Versicherungskammer Bayern ▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts ▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG ▪ Bayerischer Versicherungsverband ▪ Versicherungsaktiengesellschaft ▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG ▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG ▪ Union Krankenversicherung AG ▪ Union Reiseversicherung AG ▪ Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG ▪ SAARLAND Feuerversicherung AG ▪ Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ BavariaDirekt Versicherung AG ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG ▪ Pensionskasse Konzern Versicherungskammer Bayern VVaG | 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). |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Versicherungskammer Maklermanagement Kranken GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH ▪ Versicherungskammer betriebliche Vorsorge GmbH | Kunden- und Vertriebsmanagement |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH | Dienstleistungen für Datenverarbeitung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ SVM GmbH | Erfassung der Versicherungsverträge, Erstellung von Angeboten zu Versicherungsprodukten, Bereitstellung der Verträge als digitales Vertragsarchiv |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern Risk- und Rehamanagement GmbH | Risiko- und Rehabilitationsmanagement |
| Externe Unternehmen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung | EDV-Dienstleistungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH ▪ Ratiodata SE ▪ Deutsche Post E-POST Solutions GmbH | Policierung, Leistungs- und Vertragsbearbeitung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater ▪ Medicproof GmbH | Erstellung und Überprüfung von(ärztlichen) Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH | Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen | Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Majorel Wilhelmshaven GmbH | Servicecenter für telefonische Auskünfte, Vertragsbearbeitung Riester und Kraftfahrt. Angebotsbearbeitung Kranken, Leben, HUS, KFZ und Unfall. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ T. D. M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH | Servicecenter für telefonische Auskünfte und Vertragsbearbeitung Unfall |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ VöV Rückversicherung KöR ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG ▪ Deutsche Rückversicherung AG ▪ E+S Rückversicherung AG ▪ Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland | Rückversicherung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Poolprüfungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH ▪ ClariLab GmbH & Co. KG ▪ SCHUFA Holding AG ▪ Deutsche Post Adress GmbH & CoKG | Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH | Assistance-Leistungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung | Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ identity Trust Management GmbH | Identifizierungsleistung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assekuradeure | Abschluss und Verwaltung von Versicherungsverträgen, Einzug und Verwaltung von Prämien, Schadenregulierung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Steuerberater, Wirtschaftsprüfer | Jahresabschluss / Wirtschaftsprüfung |

Stand: 01.09.2023