

UKV

Stark für mich.

REISE-KRANKENVERSICHERUNG

Unser Schutz für grenzenlose Gastfreundschaft.

Der Krankenversicherungsschutz für Gäste aus dem Ausland.

GesundheitGLOBAL Incoming – die Krankenversicherung für Gäste aus dem Ausland

Einige Zeit als ausländischer Gast in Deutschland leben und arbeiten – sei es als Geschäftsreisender, Sprachschüler, Gastwissenschaftler oder Au-pair. Wer diese Erfahrung genießen möchte, sollte auch den passenden Gesundheitsschutz in der Tasche haben. GesundheitGLOBAL Incoming sichert ausländischen Gästen ihren Aufenthalt umfassend ab und erfüllt alle gesetzlichen Anforderungen zur Ausstellung eines Visums. GesundheitGLOBAL Incoming kann nur vom Gast abgeschlossen werden. Der Gastgeber, z. B. der Arbeitgeber, kann Beitragszahler sein. Dieser Schutz ist für mehrere Monate bis hin zu fünf Jahren¹ abschließbar. Bei frühzeitiger Rückreise ist eine Beitragsrückerstattung vorgesehen.

Weitere Pluspunkte

- › **Vorausschauend:** Versicherungsschutz erfüllt die EU-Anforderung
- › **Flexibel:** temporärer Versicherungsschutz im Herkunftsland. Verlängerungen sind innerhalb der Höchstversicherungsdauer möglich.
- › **Planungssicher:** in einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren umfassend versichert. Dient zur Erfüllung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland.
- › **Optimal:** gutes Preis-Leistungs-Verhältnis

Ihr Versicherungsschutz

100 % Kostenerstattung

- › für ambulante ärztliche Behandlung und ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel
- › für allgemeine stationäre Krankenhauskosten
- › bei Schwangerschaftsvorsorge, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt/Entbindung
- › für Zahnbehandlung und Zahnvorsorge bis 1.000 € im Kalenderjahr
- › bei Behandlung geistiger und seelischer Störungen/ Psychotherapie

80 % Kostenerstattung

für Zahnersatz oder Kieferorthopädie (für Personen unter 18 Jahren) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € im Kalenderjahr

Weitere Leistungen

- › Rücktransport ins Herkunftsland aus medizinisch notwendigen Gründen
- › Berücksichtigung von Vorerkrankungen (z. B. chronische Erkrankungen) nach Risikoprüfung
- › Schutzimpfung laut STIKO
- › Heilmittel nach Verordnung durch einen Arzt bis zu insgesamt 250 € im Kalenderjahr
- › Sehhilfen (Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen) bis 150 € in drei Kalenderjahren
- › Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) nach Verordnung durch einen Arzt bis zu insgesamt 500 € im Kalenderjahr
- › Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
- › gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen

Pflegepflicht (PVN) (Monatsbeitrag)

Alter	PVN	Alter	PVN	Alter	PVN	Alter	PVN
0–18	47,32 €	26	54,82 €	34	64,44 €	42	77,45 €
19	48,17 €	27	55,89 €	35	65,84 €	43	79,41 €
20	49,04 €	28	56,99 €	36	67,31 €	44	81,47 €
21	49,94 €	29	58,12 €	37	68,83 €	45	83,62 €
22	50,86 €	30	59,30 €	38	70,41 €	46	85,88 €
23	51,81 €	31	60,52 €	39	72,06 €		
24	52,78 €	32	61,78 €	40	73,78 €		
25	53,78 €	33	63,08 €	41	75,57 €		

Höhere Alter auf Anfrage.

GesundheitGLOBAL Incoming

Ohne Selbstbeteiligung	Beträge*
Alter: 0–19 Jahre	83,30 €
Alter: 20–40 Jahre	99,96 €
Alter: 41–64 Jahre	166,59 €
Alter: ab 65 Jahre	251,99 €

Bitte bei Bedarf (bei Aufenthaltsdauer ab 1 Jahr) die Beiträge GesundheitGLOBAL Incoming und PVN addieren.

* Für diesen Vertrag fällt keine Versicherungssteuer an. Grundlage für Vertragsabschlüsse ab dem 01.01.2022 ist §4 Abs. 1 Nr. 5 b VersStG.

WIR SIND FÜR SIE DA.

Unser Servicetelefon: **+49 681 8446900**

Gerne Informieren wir Sie über weitere Serviceleistungen wie Beratung vor und während der Reise.

¹ Bei Dauer ab 1 Jahr gilt die Allgemeine Versicherungspflicht. Das bedingt den zusätzlichen Abschluss der privaten Pflegepflichtversicherung nach Tarif PVN.

Tarifaufzüge; Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife.

GesundheitGLOBAL Incoming – Health Insurance Cover for Foreign Guests

Keen to live and work for a while as a foreign guest in Germany – whether as a business traveler, language student, visiting scientist, or au pair? If so, make sure that you have the right health insurance cover. GesundheitGLOBAL Incoming provides full insurance cover for foreign guests for the length of their stay and fulfills all the statutory requirements for visa issuance. GesundheitGLOBAL Incoming can be taken out by the guest himself/herself. Cover is possible for periods of several months to a maximum five years.¹ And if you decide to return earlier than planned, a premium refund is possible.

With other advantages such as

- › **Practical:** Insurance cover fulfills EU requirements
- › **Flexible:** Temporary insurance cover in your home country. Renewals possible within the maximum insurance period
- › **Reliable:** Full insurance cover for a maximum five-year period. Meets Germany's health insurance requirements
- › **Optimal:** Good value for money

Your insurance cover

100% reimbursement

- › for outpatient medical treatment as well as for prescription drugs and bandages
- › for general inpatient hospital expenses
- › for prenatal care, pregnancy complications, premature delivery/birth
- › for dental treatment and care max. € 1,000 per calendar year
- › for treating mental and psychological disorders/psychotherapy

80% reimbursement

for dentures or orthodontics (for persons younger than 18 years) maximum reimbursement of € 1,000 per calendar year

Other benefits

- › Return transport to home country for medical reasons
- › Medical history (e.g., chronic diseases) taken into account on the basis of a risk assessment
- › Immunization according to the Standing Committee on Immunization (STIKO)
- › Prescription remedies, max. € 250 per calendar year
- › Visual aids (spectacle lenses, frames, and contact lenses) max. EUR 150 every three calendar years
- › Prescription aids (excl visual aids), max. € 500 per calendar year
- › X-ray diagnostics, radiation diagnostics, and radiotherapy
- › Screenings

Pflegepflicht (PVN) (monthly)

Age	PVN	Age	PVN	Age	PVN	Age	PVN
0–18	47,32 €	26	54,82 €	34	64,44 €	42	77,45 €
19	48,17 €	27	55,89 €	35	65,84 €	43	79,41 €
20	49,04 €	28	56,99 €	36	67,31 €	44	81,47 €
21	49,94 €	29	58,12 €	37	68,83 €	45	83,62 €
22	50,86 €	30	59,30 €	38	70,41 €	46	85,88 €
23	51,81 €	31	60,52 €	39	72,06 €	Higher age provided on request	
24	52,78 €	32	61,78 €	40	73,78 €		
25	53,78 €	33	63,08 €	41	75,57 €		

GesundheitGLOBAL Incoming

Non-contributory	Premiums*
Age: 0–19	83,30 €
Age: 20–40	99,96 €
Age: 41–64	166,59 €
Age: ab 65	251,99 €

If appropriate (i.e. duration of stay longer than one year) please add up the contributions GesundheitGLOBAL Incoming and PVN.

* There is no insurance tax for this contract. The basis for the conclusion of contracts from 01/01/2022 is § 4 Paragraph 1 No. 5 b VersStG.

WE'RE THERE FOR YOU.

Our service hotline: **+49 681 8446900**

We would be happy to inform you about our other services, such as advice before and during your journey.

¹ For periods of 1 year or more, general compulsory insurance applies. This requires the additional conclusion of the private compulsory long-term care insurance according to the PVN tariff.

Antrag auf Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif GesundheitGLOBAL Incoming

Diesem Antrag hängt eine Antragsversion in englischer Sprache an. Rechtlich verbindlich ist allein die Antragsversion in deutscher Sprache. Dem Versicherer muss immer die ausgefüllte und unterschriebene Antragsversion in deutscher Sprache eingereicht werden!

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

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

Frau Herr

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wird gemailt

Titel/Name

Vorname

Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr)

Straße

Haus-Nr.

Länderkennzeichen/Postleitzahl

Wohnort

Telefon privat/Mobil (freiwillige Angabe)

Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Tätigkeitsstatus

Arbeitnehmer verbeamtet
selbständig Sonstige

derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche

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.

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

Zahlungsweise

sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise

jährlich

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, maximal für fünf Jahre, abgeschlossen. Für diese Höchstdauer werden die Versicherungszeiten mehrerer aufeinander folgender Verträge zusammengerechnet, und zwar auch dann, wenn diese bei unterschiedlichen Versicherern bestanden.

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)“.

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 (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"/>
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"/> Der Antragsteller ist gegenüber der versicherten Person im Versicherungsfall gesetzlich oder vertraglich zu Leistungen verpflichtet und die Versicherung dient der Finanzierung dieser Leistungen.	<input type="checkbox"/> Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) <input type="checkbox"/> Der Antragsteller ist gegenüber der versicherten Person im Versicherungsfall gesetzlich oder vertraglich zu Leistungen verpflichtet und die Versicherung dient der Finanzierung dieser Leistungen.
Tätigkeitsstatus	Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>
derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Ausbildungsende (Monat/Jahr)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufenthaltsgrund	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Tarife, Beitrag, Versicherungsdauer

Maßgebend sind die jeweiligen Tarife und zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen

	Person 1	Person 2
Einreise nach Deutschland am (Versicherungsbeginn):	Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>
Ausreise aus Deutschland und Versicherungsende	Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>
Tarife	Aufenthaltsdauer 2 Monate bis unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> Euro	Aufenthaltsdauer 2 Monate bis unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> Euro
	Aufenthaltsdauer 1 Jahr bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> Euro	Aufenthaltsdauer 1 Jahr bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> Euro
	und PVN <input type="text"/> Euro	und PVN <input type="text"/> Euro
	Gesamtbeitrag <input type="text"/> Euro	Gesamtbeitrag <input type="text"/> Euro
Bei Aufenthaltsdauer 1 Jahr bis 5 Jahre: Besteht ein befristeter Aufenthaltstitel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Bitte ausfüllen, wenn die Aufenthaltsdauer in Deutschland 1 Jahr oder länger beträgt, sonst bei Abschnitt 5. fortfahren.

4. Pflegepflichtversicherung	Person 1	Person 2
4.1 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre		
4.1.1 Wird für die zu versichernde Person „Beitragsfreiheit von Kindern“ beantragt? wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) der zu versichernden Person? wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> ja
4.1.2 Für Personen ab 23 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung? wenn ja: Nachweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
4.1.3 Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? wenn ja: bei welchem Unternehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
4.2 Beitragsfestsetzung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten Wird für die zu versichernde Person Begrenzung auf den „Studentenbeitrag“ beantragt? wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt

5. Angaben zum Gesundheitszustand

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Note: It is not required to declare any predictive genetic tests (see reverse of application form for explanation) and their results.

5.1 derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen current health status and planned treatments / examinations	Person 1 / 1 st person	Person 2 / 2 nd person
5.1.1 Körpergröße und Körpergewicht / Height and weight	Vorname / First name <input type="text"/> Größe in cm / Height in cm <input type="text"/> Gewicht in kg / Weight in kg <input type="text"/>	Vorname / First name <input type="text"/> Größe in cm / Height in cm <input type="text"/> Gewicht in kg / Weight in kg <input type="text"/>
5.1.2 Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 6 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2500 Gramm? (Bei Bejahung: Bitte Vorlage von Kopien aller bisher durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungsbögen.) Additional question regarding children up to 6 years old on joining: was the weight at birth less than 2500 grams? (If yes: please submit copies of the forms for all the paediatric check-up carried out to date.)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.1.3 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen? Do any complaints, illnesses or long-term health disorders currently exist?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.1.4 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, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsbescheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. Grad der Behinderung / Erwerbsminderung? Do disorders such as afflictions, organ failure, abnormalities, prostheses (e.g. leg or knee prosthesis, artificial limbs), implants (e.g. breast implants, pacemakers), disabilities and invalidity in the line of duty, sterility or infertility (infecundity) exist? In the case of invalidity in the line of duty, occupational disease, leave of absence or severe disability, please enclose a copy of the advice of health care (not the pass for the severely disabled). Degree of disability/reduction in earning capacity:	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes <input type="text"/> %
5.1.5 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Does the insured person wear vision aids (spectacles or contact lenses)? Anzahl Dioptrien? / Number of diopters?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes links / left <input type="text"/> rechts / right <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes links / left <input type="text"/> rechts / right <input type="text"/>
5.1.6 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? Has an HIV infection ever been diagnosed?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.1.7 Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten? Are any outpatient or inpatient treatments, examinations (including check-ups and examinations due to pregnancy except medical check-ups for the early diagnosis of illnesses in accordance with legally established programs) or operations planned or recommended?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes

		Person 1 / 1 st person	Person 2 / 2 nd person
5.2	Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren Health status in the last 3 years		
5.2.1	Erfolgten 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. Have there been any outpatient examinations (including check-ups, follow-up because cancer), consultations, treatments or operations in the last three years or have there otherwise been any complaints, illnesses, health disorders or consequences of illnesses or accidents (even if they have not been treated) in the last three years? This question can only be answered as no only if : no findings were made during screening, treatments due to colds, acute gastro-intestinal infections, the birth and delivery were without complications or negative effects.	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.2.2	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? Have any courses of medication, tranquilizers or drugs been taken in the last three years or are any currently being taken? If so: When? Which? Why? How long and in what dosage?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.3	Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren Health status in the last 5 years		
5.3.1	Erfolgten in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen? Have there been any inpatient examinations (including check-ups, follow-up because cancer), consultations, treatments or operations in the last five years?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
5.4	Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren Health status in the last 10 years		
5.4.1	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? Have there been any outpatient or inpatient psychiatric, psychological or psychotherapeutic treatments or treatments against addiction administered in the last ten years or are there any currently being administered, planned or recommended?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes

5.5 Bitte machen Sie bei den mit „ja“ beantworteten Fragen 5.1.2 – 5.4.1 hier nähere Angaben. / Please enter details below if you have answered ‚yes‘ to any of the questions 5.1.2 – 5.4.1.

zu Person	zu Frage	Genaue 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	nein: folgen weitere Behandlungen oder sind weitere Behandlungen geplant und zwar	Folgenlos ausgeheilt? ja: ausgeheilt und beschwerdefrei seit Monat / Jahr	besteht Nagelung (oder Ähnliches, bei Knochenbrüchen u. ä.) die noch entfernt werden muss?
Person	Question	Precise details of the type of illness (diagnosis), treatment, examination, injury, consequence of an accident, complaint, prosthesis, organ failure, abnormality, affliction, implant, disability, invalidity in the line of duty; name / dosage of medication, tranquilizer, drug; possibly anticipated date of delivery	treatment from / to	operation	No, further treatment will be administered or is planned, specifically	Completely cured? Yes, completely cured and free of complaints since month / year	Is there any pinning (or similar device, in the case of bone fractures, etc.) which still needs to be removed?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes

- Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.
As there is not enough space available to answer all the questions, an extra sheet is attached to the application form in order to give further information.
- 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.
In reference to this application, I undertake, within 3 days, to advise the Board of Directors of Union Krankenversicherung AG in writing of any information not declared herein.

		Person 1 / 1 st person	Person 2 / 2 nd person
Fragen für Zahnleistungen Questions for dental cover			
5.6	Finden zurzeit zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen statt oder sind derartige Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten? Is there currently any tooth replacement work (crowns, bridges, implants, partial prostheses, removable dental prostheses incl. inlays/onlays), repair work on tooth replacements, tooth or mandible adjustments (orthodontist work) or parodontosis treatment in progress or is any such treatment required, planned or recommended?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Art der Behandlung if so, type of treatment? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Art der Behandlung if so, type of treatment? <input type="text"/>
		Heil- und Kostenplan beilegen Please attach treatment and cost plan.	Heil- und Kostenplan beilegen Please attach treatment and cost plan.
5.7	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) Are teeth missing which have not been replaced yet? Teeth which are not replaced permanently but only temporarily, count as missing teeth. Wisdom teeth and complete space closures do not count as missing teeth. (For children to be answered from the age of entry of 15)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Anzahl? if so: number? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Anzahl? if so: number? <input type="text"/>
5.8	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) Is there any form of tooth replacement (replaced and/or capped teeth, incl. removable dental prostheses) which is older than six years? Each replaced and/or capped tooth (including crowns in connection with a bridge or implant) is to be counted individually. (For children to be answered from the age of entry of 15)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Anzahl? if so: number? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes wenn ja: Anzahl? if so: number? <input type="text"/>

6. Vorversicherungen oder bestehende Versicherungen

Bestand in den letzten 5 Jahren eine langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung für nach Deutschland einreisende Ausländer?

Wo / Vers.-Nr.

von / bis

Vorversicherungsnachweis

Besteht eine Krankheitskostenvollversicherung bei einer deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung

wenn ja, wo?

Person 1

nein ja

folgt ist beigefügt

nein ja

Person 2

nein ja

folgt ist beigefügt

nein ja

Bitte ausfüllen, wenn die Aufenthaltsdauer in Deutschland 1 Jahr oder länger beträgt, sonst bei Abschnitt 8. fortfahren

7. Datenaustausch gemäß § 10 Absatz 2 b EStG (Einkommensteuergesetz)

Zur elektronischen Meldung der steuerlich abzugsfähigen Beitragsanteile der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 EStG benötigen wir die Angabe der Steuer-ID des Versicherungsnehmers sowie der versicherten Personen.

Angabe der Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) für Person 1 / Person 2 und Versicherungsnehmer, wenn dieser keine zu versichernde Person ist

Steuer-ID Person 1

Steuer-ID Person 2

Steuer-ID Versicherungsnehmer

8. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

8.1 Beratungsergebnis und Empfehlung

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

8.2 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)

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 und 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 bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

- Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

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

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

Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

- Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 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: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an 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.

10. Zusatzklärungen

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

Datum X	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer X	Unterschriften zu versichernde Personen ab 16 Jahren X
------------	---	---

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

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 Versicherungsbruch 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
Peter-Zimmer-Str. 2
66099 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer der Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer
wird separat mitgeteilt

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 gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

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

Auf diese Bankverbindung sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

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 Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft speichert die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten.

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

**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
Versicherungssteuer-Nr: 814/V90814093888

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

den 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 Zusatzerklärungen 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.

Wartezeiten

Für Entbindung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine Wartezeit von acht Monaten. Für Sehhilfen und andere Hilfsmittel gilt eine Wartezeit von drei Monaten; sie entfällt bei Unfall. 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.

Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Absatz 1 EStG). Dazu zählen beispielsweise Gewinne bei Einkünften aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbstständiger Arbeit, Gehälter, Dienst- und Versorgungsbezüge bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit, Zinserträge bei Einkünften aus Kapitalvermögen sowie Mieterträge bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung. Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag und die sonstigen steuerlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten und der Sparerpauschbetrag. Bei Renten ist der Zahlbetrag (abzüglich Anteile für Kindererziehungszeiten) zu berücksichtigen.

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

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
Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen <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 ▪ Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ BavariaDirekt Versicherung AG ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG 	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 	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"> ▪ Concnatrix Services (Germany) GmbH ▪ Hanseatic Dialog 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 ▪ Cardiff Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ identity Trust Management GmbH 	Identifizierungsleistung

Stand: 01.10.2022

Partnernummer

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

Aufstellung 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:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungsweigen

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 Geschäftsbeziehung 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 selbständige 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 Versicherungsvertrags 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 Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags 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.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei einer substitutiven Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Application for travel health insurance according to the GesundheitGLOBAL Incoming tariff

This is an English translation of the insurance application and makes no claims to be either exhaustive or legally binding. The German version alone is legally binding. The German version of an application must always be completed, signed and submitted to the insurer!

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

1. Applicant/policyholder

Mrs. Mr.

UKV insurance number (if any)

Request will be emailed

Title/Surname

First name

Date of birth (day/month/year)

Street

House No.

Country code/postcode

Residence

Personal/mobile phone (optional)

Business phone (optional)

Email address (optional)

For questions: name, telephone number and email address of the agent

Activity status

Employee Self-employed
Civil Servant Other

Current occupation/industry

Payment of premiums

I agree that the insurer may charge the premiums via SEPA Direct Debit from the specified bank account.

My insurance benefits should also be transferred to this bank account.

In order to participate in the SEPA Direct Debit Scheme, it is necessary to complete the SEPA Direct Debit Mandate in full.

My SEPA direct debit mandate that I have already issued continues to apply unchanged.

Payment method

if not stated, monthly payment method applies

yearly

I apply to Union Krankenversicherung AG for the following health insurance(s), if necessary as contract amendment.

The insurance contract is concluded for the specified period, for a maximum of five years. For this maximum period, the insurance periods of several consecutive contracts are added together, even if they existed with different insurers.

Pre-contractual duty of disclosure

The questions asked in this application must be answered truthfully and completely to the best of your knowledge; even questions which are considered to be insignificant are to be answered to indicate illnesses and complaints.

Violation of the pre-contractual notification obligation may entitle the insurer (depending on the fault) to withdraw from the contract, terminate, adjust or contest it, which may under certain circumstances lead to the insurer not being required to pay benefits (also for claims already incurred) - for details see "Notification under § 19 Paragraph 5 Insurance Contract Act (VVG)".

2. Persons to be insured

Please note: If underage children are insured, only one parent or legal guardian may be chosen as the policyholder.

	Person 1 female <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/>	Person 2 female <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/>
First name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Surname (if different from applicant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of birth (day/month/year)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citizenship	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relationship to the applicant (if insured person is different from the applicant)	<input type="checkbox"/> Married / in a civil partnership <input type="checkbox"/> Cohabiting <input type="checkbox"/> Child (including adopted children, children in foster care) <input type="checkbox"/> The applicant is legally or contractually obliged to provide benefits to the insured person in the event of an insured event and the insurance will finance these benefits.	<input type="checkbox"/> Married / in a civil partnership <input type="checkbox"/> Cohabiting <input type="checkbox"/> Child (including adopted children, children in foster care) <input type="checkbox"/> The applicant is legally or contractually obliged to provide benefits to the insured person in the event of an insured event and the insurance will finance these benefits.
Activity status	employee <input type="checkbox"/> self-employed <input type="checkbox"/> civil servant <input type="checkbox"/> Pupil/Trainee/Student <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	employee <input type="checkbox"/> self-employed <input type="checkbox"/> civil servant <input type="checkbox"/> Pupil/Trainee/Student <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>
Current occupation/industry	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
End of training (month/year)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reason for staying	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Tariffs, premium, duration of insurance

The relevant tariffs and underlying insurance conditions are decisive.

	Person 1	Person 2
Entry to Germany on (commencement of insurance)	day month year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	day month year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Departure from Germany and end of insurance	day month year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	day month year <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tariffs	Length of stay 2 months to less than 1 year <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> euro	Length of stay 2 months to less than 1 year <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> euro
	Length of stay 1 year to 5 years <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> euro and PVN <input type="text"/> euro	Length of stay 1 year to 5 years <input type="checkbox"/> GesundheitGLOBAL Incoming <input type="text"/> euro and PVN <input type="text"/> euro
	overall contribution <input type="text"/> euro	overall contribution <input type="text"/> euro
For stays of 1 year to 5 years: Is there a temporary residence permit?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
	if so: <input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> will be provided later	if so: <input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> will be provided later

Please complete if your stay in Germany is 1 year or longer, otherwise continue with section 5.

4. Nursing insurance	Person 1	Person 2
4.1 Contribution fixing for children up to 25 years of age		
4.1.1 Is the person to be insured entitled to apply for "exemption from child contributions"?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
if yes: What is the regular monthly total income (see explanation in the application) of the person to be insured?	<input type="checkbox"/> no income <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> no income <input type="text"/>
if yes: is minor employment (part-time work) pursued?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.1.2 For persons over 23 years of age: Is the child in school or vocational training?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
if yes: proof	<input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> follows	<input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> follows
4.1.3 Additional information for children to be insured alone: Is at least one parent insured under private long-term care insurance?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
if yes: with which company?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2 Contribution fixing for students, pupils of professional schools, vocational students and trainees Is the person to be insured entitled to apply for limitation to the "student fee"?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
if yes: current certificate of enrolment	<input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> follows	<input type="checkbox"/> is attached <input type="checkbox"/> follows

5. Health information

Pre-contractual duty of disclosure

Please note again the note on the pre-contractual duty of disclosure and the notification according to § 19 paragraph 5 Insurance Contract Act (VVG).

Note: It is not required to declare any predictive genetic tests (see reverse of application form for explanation) and their results.

5.1 Current health status and planned treatments / examinations	Person 1	Person 2
5.1.1 Height and weight	First name <input type="text"/> Height in cm <input type="text"/> Weight in kg <input type="text"/>	First name <input type="text"/> Height in cm <input type="text"/> Weight in kg <input type="text"/>
5.1.2 Additional question regarding children up to 6 years old on joining: was the weight at birth less than 2500 grams? (If yes: please submit copies of the forms for all the paediatric check-up carried out to date.)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.1.3 Do any complaints, illnesses or long-term health disorders currently exist?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.1.4 Do disorders such as afflictions, organ failure, abnormalities, prostheses (e.g. leg or knee prosthesis, artificial limbs), implants (e.g. breast implants, pacemakers), disabilities and invalidity in the line of duty, sterility or infertility (infecundity) exist? In the case of invalidity in the line of duty, occupational disease, leave of absence or severe disability, please enclose a copy of the advice of health care (not the pass for the severely disabled). Degree of disability/reduction in earning capacity:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="text"/> %
5.1.5 Does the insured person wear vision aids (spectacles or contact lenses)? Number of diopters?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes left <input type="text"/> right <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes left <input type="text"/> right <input type="text"/>
5.1.6 Has an HIV infection ever been diagnosed?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.1.7 Are any outpatient or inpatient treatments, examinations (including check-ups and examinations due to pregnancy except medical check-ups for the early diagnosis of illnesses in accordance with legally established programs) or operations planned or recommended?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.2 Health status in the last 3 years		
5.2.1 Have there been any outpatient examinations (including check-ups, follow-up because cancer), consultations, treatments or operations in the last three years or have there otherwise been any complaints, illnesses, health disorders or consequences of illnesses or accidents (even if they have not been treated) in the last three years? This question can only be answered as no only if : no findings were made during screening, treatments due to colds, acute gastro-intestinal infections, the birth and delivery were without complications or negative effects.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.2.2 Have any courses of medication, tranquilizers or drugs been taken in the last three years or are any currently being taken? If so: When? Which? Why? How long and in what dosage?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
5.3 Health status in the last 5 years		
5.3.1 Have there been any inpatient examinations (including check-ups, follow-up because cancer), consultations, treatments or operations in the last five years?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes

		Person 1	Person 2
5.4 Health status in the last 10 years			
5.4.1	Have there been any outpatient or inpatient psychiatric, psychological or psychotherapeutic treatments or treatments against addiction administered in the last ten years or are there any currently being administered, planned or recommended?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes

5.5 Please enter details below if you have answered 'yes' to any of the questions 5.1.2 – 5.4.1.

Person	Question	Precise details of the type of illness (diagnosis), treatment, examination, injury, consequence of an accident, complaint, prosthesis, organ failure, abnormality, affliction, implant, disability, invalidity in the line of duty; name / dosage of medication, tranquilizer, drug; possibly anticipated date of delivery	treatment from / to	operation	No, further treatment will be administered or is planned, specifically	Completely cured? Yes, completely cured and free of complaints since month / year	Is there any pinning (or similar device, in the case of bone fractures, etc.) which still needs to be removed?
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
				<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes

- As there is not enough space available to answer all the questions, an extra sheet is attached to the application form in order to give further information.
- In reference to this application, I undertake, within 3 days, to advise the Board of Directors of Union Krankenversicherung AG in writing of any information not declared herein.

		Person 1	Person 2
Questions for dental cover			
5.6	Is there currently any tooth replacement work (crowns, bridges, implants, partial prostheses, removable dental prostheses incl. inlays/onlays), repair work on tooth replacements, tooth or mandible adjustments (orthodontist work) or parodontosis treatment in progress or is any such treatment required, planned or recommended?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so, type of treatment? <input type="text"/> Please attach treatment and cost plan.	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so, type of treatment? <input type="text"/> Please attach treatment and cost plan.
5.7	Are teeth missing which have not been replaced yet? Teeth which are not replaced permanently but only temporarily, count as missing teeth. Wisdom teeth and complete space closures do not count as missing teeth. (For children to be answered from the age of entry of 15)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so: number? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so: number? <input type="text"/>
5.8	Is there any form of tooth replacement (replaced and/or capped teeth, incl. removable dental prostheses) which is older than six years? Each replaced and/or capped tooth (including crowns in connection with a bridge or implant) is to be counted individually. (For children to be answered from the age of entry of 15)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so: number? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes if so: number? <input type="text"/>

6. Previous insurances or existing insurances

In the last 5 years have you had long-term international travel health insurance for foreigners entering Germany?

Where / ins. no.

From / to

Certificate of previous insurance

If you have comprehensive health insurance with a German statutory or private health insurance company

if so, where?

Person 1
no yes

follows is attached

no yes

Person 2
no yes

follows is attached

no yes

Please complete if your stay in Germany is 1 year or longer, otherwise continue with section 8.

7. Data Exchange According To § 10 Paragraph 2 B EStG (Income Tax Act)

We require the Tax ID of all persons insured in the contract. This is a precondition for full tax consideration of deductible health and nursing care insurance contributions according to § 10 paragraph 1 number 3 EStG.

Specification of the tax identification number (tax ID) for person 1/person 2 and policyholder, if this is not a person to be insured

Tax ID person 1

Tax ID person 2

Tax ID Policyholder

8. Confirmation of consulting and information obligations

8.1 Result of the consultation and recommendation

- yes: I have received consulting documentation.
 no: I have signed a waiver of advice (see attachment).

8.2 Duty to inform according to § 7 VVG

I received the information in accordance with the VVG Regulation on the Duty to Supply Information and the tariff provisions with the corresponding General Insurance Conditions in good time before submitting my contract declaration.

- yes
 no (I have signed and attached a separate waiver of my duty to inform before submitting the contract declaration)

9. Consent to the collection and use of health data and release from confidentiality

(Declaration of consent / release from confidentiality)

The content of the declaration of consent / release from confidentiality was agreed with the data protection supervisory authorities in spring 2011.

In the following text, the term “the insurer” means the respective risk carrier, i.e. the company with which the insurance contract is concluded. The risk carrier is Union Krankenversicherung AG.

The provisions of the Insurance Contract Act, the EU General Data Protection Regulation and other data protection regulations do not contain sufficient legal bases for the collection, processing and use of health data by insurance companies. In order to collect and use your health data for this application and the policy, we, the insurer, need your consent under data protection law. In addition, we require your release from confidentiality in order to be able to collect your health data from bodies subject to confidentiality, such as doctors. As a health insurance company, we also require your release from confidentiality in order to be able to pass on your health data or other data protected under Section 203 of the German Criminal Code (StGB), such as the fact that a contract exists with you, to other bodies, e.g. IT service providers.

You are free to not give your consent/release from confidentiality or to revoke it at any time later with effect for the future at the address of the insurer. However, we would like to point out that without the processing of health data, the conclusion or implementation of the insurance contract will generally not be possible.

The declarations concern the handling of your health data and other information in accordance with § 203 StGB of protected data

- by the insurer itself (under 1.),
- in connection with the query with third parties (under 2.),
- in the case of disclosure to bodies outside the insurer (under 3.) and
- if the contract is not concluded (under 4.)

The declarations apply to persons legally represented by you, such as your children, unless they recognise the scope of this consent and are therefore unable to make their own declarations.

1. Collection, storage and use of health data provided by you to the insurer

I agree that the insurer collects, stores and uses the health data I have provided in this application and in the future, insofar as this is necessary to review the application and to establish, implement or terminate this insurance contract.

2. Consultation of health data with third parties

2.1 Requesting health data from third parties for risk assessment and performance review

In order to assess the risks to be insured, it may be necessary to request information from bodies that have your health data. In addition, in order to check the obligation to pay benefits, it may be necessary for the insurer to check the information about your health which you have provided to substantiate claims or which results from documents submitted (e.g. invoices, prescriptions, expert opinions) or notifications, e.g. from a doctor or other member of a medical profession.

This check shall only be carried out where necessary. The insurer requires your consent, including the release of confidentiality for itself and for these bodies, if health data or other information protected in accordance with § 203 StGB must be passed on within the scope of these enquiries.

You can make these declarations here (I) or later in individual cases (II). You can change your decision at any time. Please choose one of the following two options:

Option I (general release from confidentiality):

- I agree that the insurer - insofar as it is necessary for risk assessment or for the examination of claims - collects my health data from doctors, nursing staff and employees of hospitals, other hospitals, nursing homes, personal insurers, statutory health insurers, professional associations and authorities and uses it for these purposes.

I release the above persons and employees of the above institutions from their duty of confidentiality insofar as my legally stored health data from examinations, consultations, treatments and insurance applications and contracts from a period of up to ten years before the application is submitted to the insurer.

I also agree that in this context my health data may – if necessary – be passed on by the insurer to these bodies and release the persons working for the insurer from their duty of confidentiality.

Before each data collection, I am informed in accordance with the above paragraphs from whom and for what purpose the data is to be collected, and I am informed that I can object and provide the necessary documents myself.

Option II (release from confidentiality in individual cases):

- I would like the insurer to inform me in each individual case which persons or institutions require information for which purpose. I will then decide in each case whether I will

- consent to the collection and use of my health data by the insurer, release the above persons or institutions and their employees from their duty of confidentiality and consent to the transfer of my health data to the insurer.
- or provide the necessary documents myself.

I am aware that this may lead to a delay in the processing of the application or the examination of the benefit obligation.

As far as the above declarations refer to my information at the time of application, they are valid for a period of three years after conclusion of the contract. If, after conclusion of the contract, there are concrete indications for the insurer that incorrect or incomplete information was intentionally provided when the application was submitted and thus influenced the risk assessment, the declarations are valid for up to ten years after conclusion of the contract.

2.2 Explanations in the event of your death

It may also be necessary to check your health information after your death in order to check the obligation to pay benefits. An audit may also be necessary if, up to ten years after conclusion of the contract, there are concrete indications for the insurer that incorrect or incomplete information was provided during the application and that the risk assessment was thus influenced. For this, too, we require consent and release from confidentiality.

In the event of my death, I agree to the collection of my health data from third parties for a performance review or a required re-application review as described in the first checkbox (see above 2.1 – Option I).

3. Disclosure of your health data and other data protected according to § 203 StGB on data at places not belonging to the insurer

The insurer contractually obliges the following authorities to comply with data protection and data security regulations.

3.1 Data transfer for medical assessment

In order to assess the risks to be insured and to check the obligation to provide benefits, it may be necessary to call in medical experts. The insurer requires your consent and release from confidentiality if your health data and other data protected according to § 203 StGB is transmitted in this context. You will be informed of the respective data transmission.

I agree that the insurer may transmit my health data to medical experts if this is necessary in the context of the risk assessment or the examination of the benefit obligation and if my health data is used there appropriately and the results are transmitted back to the insurer. With regard to my health data and other data protected according to § 203 StGB, I release the persons working for the insurer and the experts from their duty of confidentiality.

3.2 Transfer of tasks to other bodies (companies or persons)

The insurer does not carry out certain tasks, such as risk assessment, claims processing or customer service by telephone, which may involve the collection, processing or use of your health data, but transfers the task to another company in the group of companies or another body. If your data protected according to § 203 StGB is passed on, the insurer needs your release from confidentiality for itself and, if necessary, for the other offices.

The insurer shall keep a continuously updated list of the bodies and categories of bodies which agree to collect, process or use health data for the insurer, specifying the tasks assigned thereto. The currently valid list is attached as an annex to the declaration of consent. An up-to-date list can also be found on the Internet at dienstleister.vkb.de or at Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 Munich; email: datenschutz@vkb.de. The insurer requires your consent for your health data to be passed on to and used by the authorities named in the list.

I agree that the insurer may provide my health data to the entities mentioned in the above list and that the health data will be collected, processed and used there for the purposes stated to the same extent as the insurer is likely to do so. If necessary, I release the employees of the group of companies and other bodies from their duty of confidentiality with regard to the passing on of health data and other data protected according to § 203 StGB.

3.3 Transfer of data to reinsurers

To ensure the fulfilment of your claims, the insurer can take out reinsurance that covers all or part of the risk. In some cases, reinsurers use other reinsurers to which they also transfer your data. So that reinsurance can form its own picture of the risk or the insured event, it is possible for the insurer to submit your insurance application or claim to reinsurance. This is particularly the case if the insured sum is particularly high or if the risk is difficult to classify.

In addition, it is possible that reinsurance supports the insurer in the risk or benefit assessment and in the evaluation of procedures on the basis of its special expertise.

Once reinsurers have taken over the risk insurance, they can check whether the insurer has correctly assessed the risk or an insured event. In addition, data about your existing contracts and applications will be passed on to reinsurers to the necessary extent so that they can check whether and to what extent they can participate in the risk. To settle premium payments and benefit cases, data about your existing contracts can be passed on to reinsurers.

If possible, anonymised or pseudonymised data, but also personal health data, is used for the above purposes.

Your personal data will only be used by the reinsurers for the above purposes. The insurer will inform you of the transmission of your health data to reinsurers.

I agree that my health data may – if necessary – be transferred to reinsurers and used there for the above purposes. If necessary, I release the persons working for the insurer with regard to the health data and other data protected according to § 203 StGB from their duty of confidentiality.

3.4 Data Exchange with the notification and information system (HIS)

The insurance industry uses the information system HIS, which is currently operated by HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, Germany, to assess risks and benefits more precisely (www.informa-his.de). The insurer can report any anomalies that could indicate insurance fraud and increased risks to the HIS. The insurer and other insurers request data from the HIS in the context of the risk or benefit assessment if there is a justified interest. Although no health data is passed on, the insurer requires your release from confidentiality in order to pass on your data protected in accordance with § 203 StGB. This applies irrespective of whether the contract with you has been concluded or not.

I release the persons working for the insurer from their duty of confidentiality if they report data from the application or benefit check to the respective operator of the information system (HIS).

If it is necessary to check the obligation to pay, the HIS can be used to determine insurance policies with which you have been connected in the past and which may have relevant information. The data required for further performance testing can be collected from these (see section 2.1).

3.5 Transfer of data to independent agents

The insurer does not pass on any information about your health to independent agents. In the following cases, however, data that allows conclusions to be drawn about your health or information about your insurance policy intermediaries protected in accordance

with § 203 StGB may be disclosed. To the extent necessary for contract-related consulting purposes, the agent advising you may receive information as to whether and under what conditions (e.g. acceptance with risk premium, exclusions of certain risks) your contract can be accepted.

The agent who brokered your contract learns that the contract was concluded and with what content. It also finds out whether risk premiums or exclusions of certain risks have been agreed.

If the agent responsible for you moves to another agency, the contract data containing information on existing risk premiums and exclusions of certain risks may be transferred to the new agent. In the event of a change of the broker looking after you, you will be informed of another broker before health data is passed on and you will be informed of your possibility of objection.

I agree that the insurer may transfer my health data and other data protected according to § 203 StGB to the independent insurance intermediary responsible for me in the above cases – if necessary – and that this may be collected, stored and used for advisory purposes there.

4. Storage and use of your health data if the contract is not concluded

If the contract is not concluded with you, the insurer will store the health data collected during the risk assessment in the event that you apply for insurance cover again. In addition, it is possible for the insurer to report your application to the information and advice system, which will be sent to the enquiring insurance companies for their risk and benefit assessment (see section 3.4). The insurer also stores your data in order to be able to respond to possible enquiries from other insurance companies. Your data will be stored with the insurer and in the notification and information system until the end of the third calendar year following the year of application.

I agree that the insurer may store and use my health data – if the contract is not concluded – for the above purposes for a period of three years from the end of the calendar year of application.

10. Additional declarations

Before signing this application, I have read and understood the „Additional contract terms and additional declarations of the applicant and the persons to be insured“. They contain, among other things, instructions on revocation and information on data protection. All details are part of the contract by my / our signature. The signatures of the applicant and the person(s) to be insured and, if applicable, the legal representatives, apply to all insurance policies applied for.

Date X	Signature of Applicant/Insured party X	Signatures of persons aged 16 and over to be insured X
-----------	---	---

Please note: If underage children are insured, only one parent or legal guardian may be chosen as the policyholder.

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

Creditor identification number of Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

Mandate reference number / insurance number
will be communicated separatly

SEPA Direct Debit Mandate for recurring SEPA Direct Debits

- application / contract
- to the insurance number

in favour of

I authorise / We authorise Union Krankenversicherung AG to collect premiums for the insurance policies mentioned from my / our account via SEPA direct debit. At the same time I instruct our payment service provider mentioned below to redeem the SEPA direct debits drawn by Union Krankenversicherung AG from my / our account. I will receive / We will receive a separate message about the forthcoming SEPA Direct Debit at least three days in advance.
 Note: I can / We can request the refund of the debited amount within eight weeks, beginning with the debit date. The conditions agreed with my / our payment service provider apply.
 The insurance benefits should also be transferred to this bank account.

Account holder: Surname, First name	
Street, house number	
Postcode	Town
IBAN	BIC
Credit institute	

If the premiums are collected from my / our account for a third party's insurance contract, I / we agree that the above message will only be sent to the third party.

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft stores the personal data required for processing.
 You will find more detailed information about this on our website under the heading Privacy Policy/Data Processing Information Sheets.

Place, date	Signature(s) of account holder(s)
-------------	-----------------------------------

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

Notification under § 19 (5) Insurance Contract Act (VVG)

In order for us to examine your insurance application properly, it is necessary that you answer the questions in the application truthfully and completely. Circumstances to which you attach little importance should also be indicated.

Information that you do not wish to provide to the insurance intermediary must be provided immediately and directly to Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken, in writing.

Please note that you could endanger your insurance cover if you provide incorrect or incomplete information. Further details on the consequences of a breach of the duty of disclosure can be found in the information below.

What pre-contractual notification obligations exist?

Until you submit your contractual statement, you are required to report truthfully and completely all risk-relevant circumstances known to you which we have asked for in text form. If we ask for risk-relevant circumstances after your contractual declaration, but before accepting the contract in text form, you are also required to notify us in this respect.

What consequences can occur if pre-contractual disclosure does not take place?

1. Withdrawal and discontinuation of insurance cover

If you violate the pre-contractual duty of disclosure, we can withdraw from the contract. This does not apply if you can prove that neither intent nor gross negligence exists.

In the event of a grossly negligent breach of the duty to notify, we have no right of withdrawal if we had concluded the contract even if we had been aware of the circumstances not notified, albeit under different conditions.

There is no insurance cover in the event of withdrawal. If we declare our withdrawal after the occurrence of the insured event, we shall nevertheless remain required to pay benefits if you can prove that the circumstance not stated or not stated correctly

- neither affected the occurrence nor the determination of the insured event
- or was responsible for the determination or the scope of our obligation to perform. However, our obligation to perform shall lapse if you have fraudulently violated the notification.

In the event of withdrawal, we shall be entitled to that part of the premium which corresponds to the contractual period expiring until the declaration of withdrawal takes effect.

2. Termination

If we cannot withdraw from the contract because you have simply negligently breached the pre-contractual obligation to notify us, we can terminate the contract by giving one month's notice, unless it is medical expenses insurance within the meaning of § 193 paragraph 3 VVG.

Our right of termination is excluded if we had concluded the contract even if we had been aware of the circumstances not notified, albeit under different conditions.

3. Change of contract

If we cannot withdraw or terminate the contract because we would have concluded the contract even if we had been aware of the non-notified risk circumstances, even if under different conditions (e.g. risk surcharge, exclusion of benefits), we shall be entitled to withdraw from the contract.

The other conditions are an integral part of the contract at our request. If you have negligently violated the duty to notify, the other conditions will become part of the contract retroactively; if an exclusion of benefits becomes necessary, no insurance protection exists retroactively for the insured events covered by the exclusion of benefits, i.e. also for insured events that have already occurred. If you have breached the duty of disclosure through no fault of your own, we are not entitled to amend the contract.

If the contract amendment increases the premium by more than 10 % or if we exclude the risk insurance for the unnotified circumstance, you can terminate the contract without notice within one month after receipt of our notification of the contract amendment. We will point this right out to you in our communication.

4. Exercise of our rights

We may only assert our rights to withdraw from the contract, to terminate the contract or to amend the contract within one month in writing. The period begins with the time at which we become aware of the breach of the duty of disclosure which justifies the right asserted by us. In exercising our rights, we must state the circumstances on which we base our declaration. We may subsequently state further circumstances as reasons if the period under sentence 1 has not elapsed for these.

We cannot invoke the rights to withdraw from the contract, to terminate the contract or to adjust the contract if we were aware of the non-notified risk circumstance or the incorrectness of the notification.

Our rights to withdraw from the contract, to terminate the contract and to amend the contract expire three years after conclusion of the contract. This does not apply to insured events occurring before the expiry of this period. The period is ten years if you have intentionally or maliciously violated the duty of disclosure.

5. Challenge

Our right to challenge the contract for fraudulent deception remains unaffected. If the contract is effectively contested by us due to fraudulent misrepresentation, we are not required to perform.

6. Representation by another person

If you allow another person to act on conclusion of the contract, your representative's knowledge and fraudulent intent as well as your own knowledge and fraudulent intent must be taken into account with regard to the duty of disclosure, the withdrawal, the termination, the amendment of the contract and the cut-off period for exercising our rights. You can only rely on the fact that the duty of disclosure has not been violated intentionally or through gross negligence if neither your representative nor you are guilty of intent or gross negligence.

Further contractual bases and additional declarations of the applicant and the persons to be insured

Legal basis / contractual basis

I accept the General Insurance Conditions (GCI) and tariffs on which the contract is based as legally binding. This insurance contract is subject to German law.

Conclusion of the contract

I am aware that the insurance contract is not concluded until the insurer declares acceptance of the application in writing or the insurance policy is handed over or offered.

Waiting times

A waiting period of eight months applies to childbirth, dentures and orthodontics. A waiting period of three months shall apply to visual aids and other aids; it shall not apply in the event of an accident. The waiting period is calculated from the commencement of the insurance.

Explanation of predictive genetic tests

According to the Gene Diagnostics Act, the conclusion of a contract may not be made dependent on the performance of a predictive genetic test. Existing findings from predictive genetic tests do not have to be disclosed either. A "predictive genetic test" is the examination of the genetic material of a healthy person for a predisposition to a certain disease.

Care insurance

Total income is deemed to be the total of all sources of income in accordance with the German Income Tax Act (section 2 (1) EStG). This includes, for example, profits from income from a business or from self-employment, salaries, remuneration and benefits from employment, interest income from capital assets, as well as rental income from letting and leasing. The following amounts must not be deducted in this connection: the old-age exemption, special expenses, exceptional costs, the child allowance and other tax-deductible amounts. In contrast, income-related expenses and tax-exempt interest income may be deducted. The payment amount for pensions (less shares for periods of time spent raising children) shall be taken into account.

Notes on data protection

Insurers require personal customer data for contract performance. By joining the Code of Conduct, UKV agrees to establish a strict data protection standard and to bring about greater transparency for me. Details can be found in the "Information sheet on data processing", which I received when I submitted my application. If I have signed a waiver of my duty to inform according to § 7 VVG, I will receive this information sheet together with the insurance policy.

In the event that the policyholder already has an insurance number with UKV, I agree that this additional tariff or additional insured person may be assigned to the existing insurance number and that the broker who previously managed this insurance number may also manage the tariff now concluded or the subsequently insured person and receive the data required for the support.

Data transfer to service providers by independent agents

If the intermediary looking after you has commissioned one or more service providers to manage your contracts (for example broker pools or operators of comparison software or broker management programmes), the information will also be transmitted directly from the insurer to the service providers of your intermediary for processing in the cases mentioned in Section 3.5. of the declaration of release from confidentiality/confirmation. The list of these service providers can be obtained from your broker.

I agree that the insurer may transfer my health data and other data protected according to § 203 StGB in the cases mentioned in Section 3.5. of the declaration of consent/release from confidentiality – if necessary – to the service provider of the independent insurance broker responsible for me.

Overview of service providers for the declaration of consent for life, health, accident insurance and public liability insurance. (Note: you will find the current list at dienstleister.vkb.de) Please note: All service providers will only receive personal data if this is necessary to carry out the tasks assigned to them. Otherwise, no data transmission will occur	
Company name / category	Area of activity
The following belong to the Group of Companies, which provide services to each other <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 ▪ Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ BavariaDirekt Versicherung AG ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG 	Central settlement of tasks of the same kind. This includes, for example, common data storage (collection, processing and use of customer data), processing incoming and outgoing post, processing customer enquiries, collections and disbursements (payment transactions)
<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 	Customer and sales management
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH 	Data processing services
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SVM GmbH 	Recording insurance contracts, drawing up quotations for insurance products, preparing contracts as a digital contract archive
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	Risk and rehabilitation management
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	IT services
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH ▪ Hanseatic Dialog GmbH 	Processing policies, benefits and contracts
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater ▪ Medicproof GmbH 	Drawing up and reviewing (medical) expert opinions, consulting, rehabilitation management
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH 	Obtaining medical treatment documents and reviewing recourse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen 	Provision of medical remedies and aids, medical treatments and rehabilitation measures
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Majorel Wilhelmshaven GmbH 	Service centre for telephone information, contract processing, Riester pensions and vehicle
<ul style="list-style-type: none"> ▪ T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH 	Service centre for telephone information, contract processing
<ul style="list-style-type: none"> ▪ VöV Rückversicherung K&R ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG ▪ Deutsche Rückversicherung AG ▪ E+S Rückversicherung AG ▪ Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland 	Reinsurance
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	Pool checks
<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 	Credit information from rating agency databases, creditworthiness checks
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH 	Assistance services
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung 	Payment protection insurance, joint customer support
<ul style="list-style-type: none"> ▪ identity Trust Management GmbH 	Identification services

as of 2022-10-01

Partnummer										

Cancellation policy

Section 1

Right of cancellation, consequences of cancellation and special information

Right of cancellation

You can cancel your contractual declaration within a period of fourteen (14) days without disclosing any reasons, in text form (e. g. letter, email).

The cancellation notice period begins after you have received

- the certificate of insurance,
- the provisions of the contract, including the General Insurance Conditions that apply to the contractual relationship, these in turn, including the tariff provisions,
- this policy,
- the information sheet about insurance products
- and the further information detailed in section 2,

in text form in each case.

The punctual despatch of the objection is sufficient to meet the objection deadline. Cancellations must be sent to

Union Krankenversicherung AG
 represented by the Board of Directors, this represented by
Isabella Martorell Naßl (Chair), Martin Fleischer and Katharina Jessel
Peter-Zimmer-Strasse 2, 66123 Saarbrücken
 Postal address: 66099 Saarbrücken
 Email: service@ukv.de

Consequences of cancellation

In the event of an effective cancellation the insurance cover shall end and the insurer shall refund you that part of the premium due on the period of time after the cancellation, if you have agreed that the insurance cover begins before the end of the cancellation policy. In this case, the insurer may retain that part of the premium due on the period of time until receipt of the cancellation; this is an amount of one thirtieth (1/30) of the agreed monthly premium, multiplied by the number of calendar days, calculated from the commencement of insurance until the receipt of the cancellation by the insurer. The insurer shall refund amounts that must be repaid without delay, at the latest thirty (30) days after receipt of the cancellation.

If the insurance cover does not commence before the end of the cancellation notice period, an effective cancellation shall result in the return of the consideration received and that any benefits derived (e.g. interest) must be surrendered.

Special information

Your right to cancellation expires if the contract is, at your explicit request, completely fulfilled, both by you and the insurer, before you have exercised your right of cancellation.

Section 2

List of the further information required before commencement of the notice period

With regard to the further information specified in section 1 (2) the information obligations are detailed below:

Subsection 1

Information obligations for all insurance classes

The insurer shall provide you with the following information:

1. The identity of the insurer and any branch through which the contract will be concluded; the commercial register at which the legal entity is entered and the associated register number shall also be given;
2. The complete address of the insurer and any other address that is relevant to the business relationship between the insurer and you, for legal persons, partnerships or groups also the names of any authorised representatives; if notification is made by transmission of the contractual provisions, including the General Insurance Conditions, the information requires a highlighted and clearly designed form;
3. The main business activity of the insurer;
4. Disclosures about the existence of a guarantee fund or other indemnification regulations; the name and address of the guarantee fund must be given;
5. The material characteristics of the insurance performance, in particular disclosure about the type, scope and maturity of the performance of the insurer;
6. The total price of the insurance including all taxes and other price components, where the premiums shall be disclosed individually, if the insurance relationship will encompass more than one independent insurance policy, or if a more exact price cannot be given, disclosures about the bases of its calculation that enable you to check the price.

7. a) Any additional costs incurred with disclosure of the total amount to be paid as well as possible additional taxes, fees or costs that are not deducted through the insurer or are invoiced by the insurer;
- b) All costs you will incur for the use of telecommunications, if such additional costs will be invoiced;
8. Details with regard to the payment and performance, in particular the method of payment of the premiums;
9. The time limit of the period of validity of the information provided, for example, the period of validity of time-limited offers, in particular with regard to the price;
10. Disclosures about how the contract is brought about, in particular about the commencement of the insurance and the insurance cover as well as the duration of the notice period during which the applicant will be bound to the application;
11. The existence or non-existence of a right of cancellation as well as the conditions, details of how to exercise this right, in particular name and address of the person to whom the cancellation must be directed, and the legal consequences of the cancellation, including information about the amount that you may have to pay in the event of a cancellation; insofar as the notification through the transmission of the contractual provision is made including the General Insurance Conditions, the information requires a highlighted and clearly designed form;
12. a) Disclosures about term of the contract;
- b) Disclosures about the minimum term of the contract;
13. Disclosures about the termination of the contract, in particular about the contractual notice of termination conditions; if notification is made by transmission of the contractual provisions including the General Insurance Conditions, the information requires a highlighted and clearly designed form;
14. The member states of the European Union, whose law the insurer uses to base the relationship with you before the conclusion of the insurance policy;
15. The law that applies to the contract, a contractual clause about the law that applies to the contract or the competent court.
16. The languages in which the contractual conditions and the preliminary information specified in this subsection, as well as the languages in which the insurer is obliged, with your approval, to carry out the communication during the term of this contract;
17. A possible access point for you for out-of-court complaints and legal remedies and, if applicable, the pre-conditions for this access; in this connection it is explicitly pointed out that the possibility for you to take legal action remains unaffected;
18. Name and address of the competent supervisory authority as well as the possibility to complain to this supervisory authority.

Subsection 2

Additional information obligations for substitutive health insurance

For substitutive health insurance the insurer shall provide you the following information in addition to the information detailed above:

1. Disclosures in euros about the amount of the costs calculated in the premium; in this connection the acquisition costs shall be disclosed as a standard total and the other costs calculated as a share of the annual premium, with disclosure of the relevant term; with regard to the other calculated costs the calculated administrative costs shall be disclosed in addition as a share of the annual premium, with disclosure of the relevant term;
2. Disclosures in euros of possible other costs, in particular about costs that may be incurred once or for special reasons;
3. Disclosures of the effects of rising health costs on the future development of premiums;
4. Information about the possibilities to limit premiums in old age, in particular about the possibility to change to a basic tariff or to another tariff as per section 204 of the German Insurance Contract Act and the agreement of exclusions of benefits, as well as to the possibility to reduce the premium as per sections 152 (3) and (4) of the German Insurance Contract Act;
5. Information that a change from private to statutory health insurance in old age is usually excluded;
6. Information that a change within private health insurance in old age may be associated with higher premiums and, if applicable, a change to a basic tariff is restricted;
7. An overview in euros about the development of premiums in the period of ten years prior to the offer; a disclosure must be made of which monthly premium would have been paid in the ten years prior to the offer, if the insurance policy had been concluded by a person of the same sex as you at that point in time, with an age on joining of 35; if the tariff offered has not yet existed for ten years, the point in time of the introduction of the tariff must be used and it must be pointed out that the meaningfulness of the overview is restricted as a result of the short period of time that has passed since the introduction of the tariff; as a supplement the development of a comparable tariff that has already existed for ten years shall be presented.

End of the cancellation policy