

Antrag

auf Tarife BeihilfeOption und PVB für heilfürsorgeberechtigte Polizeianwärter

340320; 01.2021 vo

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer und zu versichernde Person

Antrag wurde gemailt am

Antragsteller/Versicherungsnehmer ist gleichzeitig einzige zu versichernde Person
(in anderen Fällen bitte Antrag **328498** verwenden)

Herr Frau

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Titel/Name

Vorname

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen/Postleitzahl Wohnort (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag)

Telefon privat/Mobil (freiwillige Angabe) Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)

Leitnummer

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

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 und dem Antrag beizulegen.

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

Zahlungsweise

sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise jährlich

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben.

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

Ich beantrage bei der Union Krankenversicherung AG den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung.

2. Zu versichernde Person (ergänzende Angaben zu 1.)

Staatsangehörigkeit

Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr)

Familienstand ledig verheiratet verwitwet eingetr. Lebenspartnerschaft

Beginn / Ende der Ausbildung als Polizeianwärter (Tag/Monat/Jahr) / Nachweis des Ausbildungsbeginns liegt bei folgt

Dienstherr (Bund oder welches Bundesland?)

3. Versicherungsschutz und Beitrag

Versicherungsbeginn / Änderungszeitpunkt (Tag/Monat/Jahr)

Tarif

BeihilfeOption monatlicher Beitrag **1,00** Euro

PVB monatlicher Beitrag Euro

monatlicher Beitrag insgesamt Euro

4. Angaben zum Gesundheitszustand

Die Beantwortung von Gesundheitsfragen ist nicht erforderlich, wenn der Vertragsabschluss innerhalb von 3 Monaten nach Dienstantritt (Ausbildungsbeginn) als Polizeianwärter beantragt wird. Bei späterer Antragsstellung ist an Stelle dieses Vordruckes der Antrag mit der Druckstücknummer 328498 zu verwenden.

5. Vorversicherungen oder bestehende Versicherungen

Pflegepflichtversicherung

Wo?

Versicherungsnr.

von / bis

6. Datenaustausch gemäß § 10 Absatz 2b 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.

Steuer-ID Versicherungsnehmer / versicherte Person

Angabe der Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) für Versicherungsnehmer / versicherte Person

7. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

7.1 Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

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

7.2 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 beigelegt)

8. 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, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen 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 fünf Jahren nach Vertragsschluss¹⁾. 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.

¹⁾ Für einen Antrag einer Krankenversicherung gilt abweichend: Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung für eine Krankenversicherung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren 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 und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de, betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

9. 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, Hinweise zum Datenschutz sowie eine Einwilligung zu Wirtschaftsauskünften. 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.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Union Krankenversicherung AG, Beiträge für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Union Krankenversicherung AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

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 meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Kontoinhaber: Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
IBAN	BIC
Kreditinstitut	

Sofern die Beiträge von meinem / unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

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.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer der Union Krankenversicherung AG: DE69UKV00000157419

Mandatsreferenznummer / Versicherungsnummer wird separat mitgeteilt

Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 VVG handelt.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil; sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d. h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung von uns wirksam angefochten wird, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Weitere Vertragsgrundlagen und 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

Sofern nichts anderes beantragt ist und vom Versicherer bestätigt wird, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Bei einem unmittelbaren Übertritt aus einer deutschen Krankenversicherung wird die Dauer der bisherigen Versicherungszeit auf die Wartezeiten in der Pflegepflichtversicherung angerechnet.

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.

Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses sowie im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z. B. bei Vertragsänderungen, Zahlungsrückständen) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, bezieht und nutzt.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

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.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch
Andreas Kolb (Vorstandsvorsitzender),
Katharina Jessel und Isabella Martorell Naßl
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
E-Mail: service@ukv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prä-

mie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Ihre Union Krankenversicherung AG

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft

66099 Saarbrücken
Haus- und Paketanschrift:
Peter-Zimmer-Straße 2 · 66123 Saarbrücken
Telefon +49 681 844-0
Telefax +49 681 844-2509
service@ukv.de
www.ukv.de

Vorstand: Andreas Kolb (Vorsitzender),
Katharina Jessel, Isabella Martorell Naßl
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Isabella Pfaller
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
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE138118055

Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.

Übersicht Dienstleister

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

Bitte beachten Sie: Jeder dieser Dienstleister erhält personenbezogene Daten nur dann, wenn dies zur Erfüllung der übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Andernfalls findet keine Datenübermittlung statt.

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherungskammer Bayern ▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts ▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG ▪ Bayerischer Versicherungsverband ▪ Versicherungsaktiengesellschaft ▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG ▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG ▪ Union Krankenversicherung AG ▪ Union Reiseversicherung AG ▪ Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG ▪ SAARLAND Feuerversicherung AG ▪ SAARLAND Lebensversicherung AG ▪ Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG ▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH 	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> ▪ Combitel GmbH 	Service-Center (z. B. für telefonische Auskünfte)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH 	Policierung und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher 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"> ▪ ARVATO AG 	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	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 	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden

Stand: 01.01.2018

Beratungsdokumentation zur Krankheitskostenvollversicherung

ergänzend zum Antrag vom Antrags-/Versicherungsnummer

I. Gesprächsteilnehmer

Kunde(n)

Vermittler

Weitere Gesprächsteilnehmer

Datum des Gesprächs

II. Kundenwunsch

Zahnversorgung

ambulante Versorgung

stationäre Versorgung

Pflegeversorgung

Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Hier können Besonderheiten (z.B. Versichererwechsel, Wechsel aus der GKV) stehen

III. Unser Vorschlag zum Kundenwunsch

Entsprechend Ihrer Wünsche wird in der Krankheitskostenvollversicherung folgende Absicherung aus unserem Produktportfolio empfohlen:

GesundheitCOMFORT Komfortschutz mit Leistungen für ambulante Behandlung, Zahnbehandlung (kein Zahnersatz), Kieferorthopädie und stationäre Behandlung mit privatärztlicher Behandlung und Unterbringung im Zweibettzimmer

Es gelten folgende jährliche Selbstbehalte:

300 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 300 900 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 900 1200 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 1200

Zahn 1 Basisschutz für Zahnersatzleistungen (keine Implantate), 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

Zahn 2 Komfortschutz für Zahnersatzleistungen (inkl. Implantate), 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

Zahn 3 Premiumschutz für Zahnersatzleistungen (inkl. Implantate), 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

GesundheitVARIO Krankheitskostenvollversicherung mit Leistungen für ambulante und stationäre Behandlung sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Es gelten folgende jährliche Selbstbehalte:

20 % bis max. 400 Euro im Tarif GesundheitVARIO 400 800 Euro im Tarif GesundheitVARIO 800 1600 Euro im Tarif GesundheitVARIO 1600

Kinder und Jugendliche haben jeweils den halben Selbstbehalt.

VARIO AmbulantPlus Ergänzungsversicherung für ambulante Leistungen

VARIO KlinikPlus Ergänzungsversicherung für stationäre Leistungen

VARIO ZahnPlus Ergänzungsversicherung für Zahnersatz, Zahnbehandlung und kieferorthopädische Leistungen

PVN Private Pflegepflichtversicherung

KT Krankentagegeld zur Einkommenssicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Das Krankentagegeld wird in versicherter Höhe nach Ablauf der Karenzzeit gezahlt.

KT-AN Krankentagegeld zur Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Arbeitnehmer

KT-S Krankentagegeld zur Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Selbstständige

KT-F Krankentagegeld zur Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Freiberufler

Kurtagegeld Kurtagegeld zur Finanzierung von Zusatzkosten bei Kuren, Anschlussheilbehandlungen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

KH Krankenhausstagegeld zur Finanzierung von Zusatzkosten bei Krankenhausaufenthalt

ExpertPLUS Stationäre Ergänzungsversicherung, zeitnahe Vermittlung zu einem anerkannten Experten bei bestimmten schweren Erkrankungen

VitalPLUS Ergänzungsversicherung mit Leistungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Entziehungsmaßnahmen und Hilfsmittel sowie Zahlung eines Kurtagegeldes

- BEA 65 monatliche Beitragsentlastung ab Alter 65
 - VA 120 Ambulante Heilbehandlung mit 320 Euro Selbstbehalt (Kinder/Jugendliche 160 Euro)
 - VA 140 Ambulante Heilbehandlung mit 960 Euro Selbstbehalt (Kinder/Jugendliche 480 Euro)
 - VS 110 Stationäre Heilbehandlung mit privatärztlicher Behandlung und Unterbringung im Einbettzimmer
 - VZ 110 Zahnärztliche Heilbehandlung mit Leistungen für Zahnbehandlung sowie 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz und Kieferorthopädie
 - CompactPRIVAT – Start Kompaktschutz mit Leistungen für ambulante Behandlung, stationäre Behandlung (allgemeine Krankenhausleistungen, Unterbringung im Mehrbettzimmer), Zahnbehandlung, Zahnersatz (70 % bzw. 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages; keine Implantate) und Kieferorthopädie
- Es gelten folgende jährliche Selbstbehalte:
- 250 Euro im Tarif CompactPRIVAT – Start 250
 - 900 Euro im Tarif CompactPRIVAT – Start 900
- CompactPRIVAT / S Kompaktschutz mit Leistungen für ambulante Behandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz (60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages), Kieferorthopädie (80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages) und stationäre Behandlung (allgemeine Krankenhausleistungen, Unterbringung im Mehrbettzimmer)
 - CompactPRIVAT / S – PLUS Zusätzlich zum Tarif CompactPRIVAT / S: ambulante Heilbehandlung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ mit 500 Euro Selbstbehalt sowie im Rahmen der Erstattungshöchstsätze Leistungen für Zahnersatz (20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages) und Implantate (60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages)
 - OptionPRIVAT Option auf Wechsel in eine Krankheitskostenvollversicherung (inkl. Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung (PPV)) oder in eine Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und – außer in der PPV – ohne Wartezeiten. Die Optionslaufzeit beträgt max. 10 Jahre, endet jedoch spätestens 6 Monate nach Ende der GKV-Pflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung.
 - VM 200 Vollversicherung für Ärzte mit Leistungen für ambulante Behandlung, Zahnbehandlung, Kieferorthopädie und stationäre Behandlung mit privatärztlicher Behandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer; jährlicher Selbstbehalt für ambulante und zahnärztliche Behandlung 740 Euro
 - Basistarif – Tarifstufe BTN Basistarif (Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif sind vom Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegeben); Leistungen auf GKV-Niveau für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlungen sowie Zahlung eines Krankentagegeldes bei Arbeitsunfähigkeit
 - PflegePRIVAT Premium Pflegefragegeldversicherung für die Pflegegrade 1 bis 5 zur Ergänzung der privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung
 - PflegePRIVAT Premium Plus Pflegefragegeldversicherung für die Pflegegrade 1 bis 5 zur Ergänzung der privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung; bei vollstationärer Pflege 100 % des versicherten Tagegeldes bereits ab Pflegegrad 2 staatlich geförderte ergänzende Pflegefragegeldversicherung mit Leistungen in den Pflegegraden 1 bis 5
 - FörderPflege
 - Sonstige Tarife (Tarifname)

IV. Persönliche Produktempfehlung nach Beratung

Vorname / Name der VP 1

Vorname / Name der VP 2

- Der gewählte Vorschlag entspricht unserer Empfehlung
- Der gewählte Vorschlag weicht von unserer Empfehlung in mindestens einem Leistungsbereich ab

<input type="checkbox"/> Zahn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Pflegefragegelder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Tagegelder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Empfehlung des Beraters

Empfehlung des Beraters

Grund der Abweichung

- überschreitet Budget
- Produkt nicht abschließbar
- Alternative interessanter
- Produkt nicht interessant
- andere Abweichung (siehe Empfehlung des Beraters)

Grund der Abweichung

- überschreitet Budget
- Produkt nicht abschließbar
- Alternative interessanter
- Produkt nicht interessant
- andere Abweichung (siehe Empfehlung des Beraters)

V. Sonstiges

- Ich wurde über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung ausführlich unterrichtet
- Ich habe alle Fragen im Antrag nochmals gelesen; die Fragen wurden mir so, wie im Antrag formuliert, wörtlich gestellt.
- Ich habe die im Antrag eingegebenen Angaben geprüft. Alle Antworten / Kreuze entsprechen den von mir gemachten Angaben auf die einzelnen Fragen. Weitere Angaben wurden von mir nicht gemacht.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherungsschutz nicht vor Erhalt der Police beginnt.
- Über die Folgen bei einem Wechsel von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung insbesondere auf die Alterungsrückstellung und ggf. Wartezeiten wurde ich informiert.

-

Ort, Datum	Unterschrift Kunde X	Unterschrift zu versichernde Person(en) ab 16 Jahren X
------------	--------------------------------	--
