Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

UKV

Antrag
auf
ZahnPRIVAT

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Union Krankenversicherung AG

VERSICHERUNGS KAMMER
MAKLER MANAGEMENT

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

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

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

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

Vorstand: Klaus G. Leyh (Vorsitzender),
Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist,
Frank A. Werner
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
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE138118055

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

342759; 06.2026 ek

Finanzgruppe

1. Antragsteller / Versicherungsnehmer

Frau ☐ Herr ☐

Antrag wurde gemailt am

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)

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Partnernummer

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 (monatl. Zahlungsweise erst ab 5 Euro Monatsbeitrag möglich)

☐ 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 Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG (BK) ☐ der Union Krankenversicherung AG (UKV) den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung.

2. Zu versichernde Person(en) (Bei mehr als 2 Personen bitte zusätzliches Antragsformular verwenden!)

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

	Person 1 weiblich ☐ männlich ☐	Person 2 weiblich ☐ männlich ☐
Vorname		
Name (inkl. Titel, Namenszusatz)		
Straße Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller)		
Postleitzahl Wohnort (falls abweichend vom Antragsteller)		
Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort	/	/
Staatsangehörigkeit		
derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche	/	/
Beziehung zum Antragsteller (falls versicherte Person abweichend zum Antragsteller)	☐ Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ eheähnliche Lebensgemeinschaft ☐ Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) ☐ sonstige Beziehung:	☐ Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ eheähnliche Lebensgemeinschaft ☐ Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) ☐ sonstige Beziehung:

3. Tarife / Beitrag

Person 1

Versicherungsbeginn/Datum
Tag 0 1 Monat Jahr

☐ **ZahnPRIVAT 75**
☐ **ZahnPRIVAT 90**
☐ **ZahnPRIVAT 100**
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle im Antrag

Monatsbeitrag Euro

Euro

Gesamtbetrag Euro

Person 2

Versicherungsbeginn/Datum
Tag 0 1 Monat Jahr

☐ **ZahnPRIVAT 75**
☐ **ZahnPRIVAT 90**
☐ **ZahnPRIVAT 100**
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle – Tabelle im Antrag

Monatsbeitrag Euro

Euro

Gesamtbetrag Euro

Reset Form

4. Angaben zum Gesundheitszustand

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

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

		Person 1	Person 2
4.1	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? Nicht anzugeben sind Milch- und Weisheitszähne sowie vollständiger Lückenschluss. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahren)	☐ nein ☐ ja wenn ja: Anzahl?	☐ nein ☐ ja wenn ja: Anzahl?
4.2	Wird aktuell eine Zahnersatz- oder Zahnbehandlung durchgeführt, ist eine beabsichtigt bzw. wurde diese in den letzten zwei Jahren zahnärztlich empfohlen? Zahnersatzmaßnahmen sind Anfertigung oder Erneuerung von Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, In- bzw. Onlays. Zahnbehandlungen sind Wurzelbehandlung einschließlich Wurzelspitzenresektion, Entfernung eines Zahnes, Zahnfüllungen, Anbringen von Veneers, Aufbissbehelfe und Schienen, Behandlungen von Kreidezähnen.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4.3	Wurde in den letzten zwei Jahren eine Parodontose / Parodontitis zahnärztlich festgestellt, behandelt bzw. ist eine Behandlung angeraten? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Parodontosebehandlungen kein Versicherungsschutz besteht.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
	Zusatzfrage für Tarif ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 100		
4.4	Werden aktuell kieferorthopädische Behandlungen durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Beantwortung nur bis einschließlich Eintrittsalter 19 Jahre) Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Kieferorthopädie kein Versicherungsschutz besteht.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

5. Bestehende Versicherungen

	Person 1	Person 2
Wo besteht die Krankenversicherung?	☐ AOK Nordost (bitte UKV wählen) ☐ AOK NordWest (bitte UKV wählen) ☐ AOK Sachsen-Anhalt (bitte UKV wählen) ☐ LKK (bitte UKV wählen) ☐ sonstige deutsche gesetzliche Krankenversicherung ☐ ausländische gesetzliche Krankenversicherung ☐ private Krankenversicherung	☐ AOK Nordost (bitte UKV wählen) ☐ AOK NordWest (bitte UKV wählen) ☐ AOK Sachsen-Anhalt (bitte UKV wählen) ☐ LKK (bitte UKV wählen) ☐ sonstige deutsche gesetzliche Krankenversicherung ☐ ausländische gesetzliche Krankenversicherung ☐ private Krankenversicherung
Besteht bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV) eine Zusatzversicherung für Zahnersatz?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

6. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

6.1 Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

☐ ja: Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.

☐ nein: Ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung unterschrieben (siehe Anlage).

6.2 Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

☐ ja

☐ nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigefügt)

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

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

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

8. Zusatzerklärungen

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung und Hinweise zum Datenschutz. Soweit der Versicherungsbeginn schon vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erkläre ich hiermit mein ausdrückliches Einverständnis, dass der beantragte Versicherungsschutz schon vor diesem Zeitpunkt gewährt wird. 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.
Die Tarife ZahnPRIVAT werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

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

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

Reset Form

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

UKV

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK000000156985

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 Name, Vorname

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die ☐ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) ☐ Union Krankenversicherung AG (UKV), 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 BK bzw. der UKV 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.

Kontoinhaber: Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

IBAN | BIC

Kreditinstitut

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

Je nachdem, ob die Vertragserklärung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft oder bei der Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft gestellt wird, speichert der gewählte Versicherer die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz/Datenschutzhinweise.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

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

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

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

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

Vorstand: Klaus G. Leyh (Vorsitzender),
Martin Fleischer, Mareike Steinmann-Baptist,
Frank A. Werner
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
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE138118055

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

Finanzgruppe

Reset Form

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 Bayerische Beamtenkrankenkasse AG bzw. die Union Krankenversicherung AG.
Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.
Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
– durch den Versicherer selbst (unter 1.)
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen später im Einzelfall erteilen.

Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall:

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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 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 Besurance HIS GmbH, Daimlerring 4, 65205 Wiesbaden, www.besurance-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.

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 dem Versicherer 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.

Vertrags- / Mindestdauer
Die Verträge werden für 2 Versicherungsjahre abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern die Verträge nicht bedingungsgemäß gekündigt werden.

Wartezeiten
Sofern nichts anderes beantragt ist und vom Versicherer bestätigt wird, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.
In einigen Tarifen können die Wartezeiten auch aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Wird aufgrund einer ärztlichen Untersuchung der Erlass der Wartezeiten für diese Tarife beantragt und geht der Befundbericht auf dem ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung beim Versicherer ein, sind für diese Tarife die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen. Die Untersuchungskosten übernimmt der Antragsteller.

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen
Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) und die Union Krankenversicherung AG (UKV) bieten auch Tarife parallel an. Parallel bedeutet, dass jeweils derselbe Tarif (gleiche Versicherungsleistungen zu gleichen Bedingungen und zum gleichen Beitrag) von beiden Versicherern rechtlich selbstständig angeboten wird.
Um die Tarife gemeinsam anbieten zu können, wurde eine Vereinbarung zwischen den beiden Versicherern getroffen, wonach alle Versicherungsleistungen, die in den gemeinsam angebotenen Tarifen erbracht werden, zusammen betrachtet und mit den Berechnungsgrundlagen verglichen werden.
Ungeachtet dieses Zusammenwirkens bleibt es bei zwei rechtlich getrennten Versicherungen: Wer sich also bei der BK versichert, hat nur diese zum Vertragspartner – dasselbe gilt für die UKV.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die BK bzw. UKV, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten enthalten die „Datenschutzinformationen nach Art. 12 ff. DSGVO“, die ich bei Antragstellung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, erhalte ich die Datenschutzinformationen zusammen mit dem Versicherungsschein.

Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der BK bzw. 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.

Risikozuschlagstabelle (RZ) für die Tarife ZahnPRIVAT 75, ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 100			
RZ für fehlende, nicht ersetzte Zähne**	**Tarif**		
	ZahnPRIVAT 75	**ZahnPRIVAT 90**	**ZahnPRIVAT 100**
1 fehlender Zahn	6,10 Euro	9,00 Euro	10,90 Euro
2 fehlende Zähne	12,20 Euro	18,00 Euro	21,80 Euro
3 fehlende Zähne	18,30 Euro	27,00 Euro	32,70 Euro
ab 4 fehlenden Zähnen	Eine Aufnahme ist nicht möglich.		

** einschließlich fehlender Backenzähne, ohne Milch- und Weisheitszähne

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

wenn die Vertragserklärung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG gestellt wird:

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch
Klaus G. Leyh (Vorsitzender), Martin Fleischer,
Mareike Steinmann-Baptist und Frank A. Werner
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Hausanschrift: Warngauer Straße 30, 81539 München
E-Mail: service@vkb.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter www.versicherungskammer-bayern.de ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z.B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

wenn die Vertragserklärung bei der Union Krankenversicherung AG gestellt wird:

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch
Klaus G. Leyh (Vorsitzender), Martin Fleischer,
Mareike Steinmann-Baptist und Frank A. Werner
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
E-Mail: service@ukv.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter www.ukv.de ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z.B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung 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. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Übersicht Dienstleister

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

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

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen ▪ 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 ▪ Pensionskasse Konzern Versicherungskammer Bayern VVaG	Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).
▪ Versicherungskammer Rechtsschutz Vertriebs- und Service GmbH ▪ Versicherungskammer Maklermanagement GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH ▪ Versicherungkammer betriebliche Vorsorge GmbH	Kunden- und Vertriebsmanagement
▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
▪ SVM GmbH	Erfassung der Versicherungsverträge, Erstellung von Angeboten zu Versicherungsprodukten, Bereitstellung der Verträge als digitales Vertragsarchiv
▪ MediRisk Bayern Risk- und Rehamanagement GmbH	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
Externe Unternehmen	
▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung	EDV-Dienstleistungen
▪ Concentrix Services (Germany) GmbH ▪ Ratiodata SE ▪ Deutsche Post E-POST Solutions GmbH ▪ viadico GmbH	Policierung, Leistungs- und Vertragsbearbeitung
▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater ▪ Medicproof GmbH	Erstellung und Überprüfung von(ärztlichen) Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
▪ Verisk Med GmbH	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
▪ Manutex GmbH	Beratung bei komplexen Hilfsmittelversorgungen zur medizinischen Notwendigkeit. Überprüfung von Hilfsmittelkosten auf Alternativen und Preisgestaltung
▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
▪ Majorel Wilhelmshaven GmbH	Servicecenter für telefonische Auskünfte, Vertragsbearbeitung Riester und Kraftfahrt. Angebotsbearbeitung Kranken, Leben, HUS, KFZ und Unfall.
▪ T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH ▪ AlphaStudents GmbH	Servicecenter für telefonische Auskünfte und Vertragsbearbeitung Unfall
▪ VöV Rückversicherung KöR ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG ▪ Deutsche Rückversicherung AG ▪ E+S Rückversicherung AG ▪ Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland ▪ Allgemeiner Kommunaler Haftpflichtschaden-Ausgleich	Rückversicherung
▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	Poolprüfungen
▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH ▪ ClariLab GmbH & Co. KG ▪ SCHUFA Holding AG ▪ Deutsche Post Adress GmbH & CoKG	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH	Assistance-Leistungen
▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden
▪ IDnow GmbH	Identifizierungsleistung
▪ Assekuradeure	Abschluss und Verwaltung von Versicherungsverträgen, Einzug und Verwaltung von Prämien, Schadenregulierung
▪ Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Unternehmensberatungen	Jahresabschluss / Wirtschaftsprüfung / Beratung
▪ SPS Germany GmbH	Druck und Versand
▪ Besurance HIS GmbH	Melden und Abrufen von Daten in das / aus dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft (gilt nicht für die Krankenversicherung)

Stand: 01.01.2026