Antrag auf

Private Kranken-Ergänzungsversicherung

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

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.

347525; 12.2025 ek

Antrag auf Private Kranken-Ergänzungsversicherungen

Antrag wurde gemailt am

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Frau ☐ Herr ☐

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)

HV/NV/Zweigstelle

Bitte dringend ZusOB beachten:

SI/IZB-Ref.Nr.

SPK VermKennzeichen S

oder

FIDUCIA-Kennung Y H

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.

☐ 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 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)		
Geburtsname (falls abweichend vom aktuellen Namen)		
Straße Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller)		
Postleitzahl Wohnort (falls abweichend vom Antragsteller)		
Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort	/	/
Staatsangehörigkeit		
Tätigkeitsstatus	Arbeitnehmer ☐ selbstständig ☐ verbeamtet ☐ Rentner ☐ Schüler/Azubi/Student ☐ gesetzl. Freiwilligendienst ☐ Sonstiges ☐	Arbeitnehmer ☐ selbstständig ☐ verbeamtet ☐ Rentner ☐ Schüler/Azubi/Student ☐ gesetzl. Freiwilligendienst ☐ Sonstiges ☐
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. Versicherungsschutz und Beitrag

– Person 1 –

Versicherungsbeginn Tag 0 1 Monat Jahr

	Monatsbeitrag
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 75***	Euro
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 90***	
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 100***	
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle im Antrag	Euro
☐ **Tarif VorsorgePRIVAT***	Euro
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle im Antrag	Euro
☐ **Tarif VorsorgePRIVAT Start***	Euro
☐ **Tarif NaturPRIVAT***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Premium***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Premium oAR***	
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Unfall***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Option***	Euro
☐ **BEST** Ermäßigungsbetrag Euro	Euro
Übertrag	Euro

– Person 2 –

Versicherungsbeginn Tag 0 1 Monat Jahr

	Monatsbeitrag
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 75***	Euro
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 90***	
☐ **Tarif ZahnPRIVAT 100***	
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle im Antrag	Euro
☐ **Tarif VorsorgePRIVAT***	Euro
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle im Antrag	Euro
☐ **Tarif VorsorgePRIVAT Start***	Euro
☐ **Tarif NaturPRIVAT***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Premium***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Premium oAR***	
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Unfall***	Euro
☐ **Tarif KlinikPRIVAT Option***	Euro
☐ **BEST** Ermäßigungsbetrag Euro	Euro
Übertrag	Euro

Reset Form

Versicherungsschutz und Beitrag

– Person 1 –

	Tagessatz	Monatsbeitrag
Übertrag		Euro
☐ **Tarif KHT** ☐ **Tarif SKH**	Euro	Euro
☐ **Tarif Kurtagegeld***	Euro	Euro
☐ **TA** ☐ **TAG** ☐ **TAF** (Tarif)	Euro	Euro
☐ **Tarif S-KG 150*:** Nettoeinkommen mind. 600 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 300*:** Nettoeinkommen ab 1.200 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 450*:** Nettoeinkommen ab 1.800 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 600*:** Nettoeinkommen ab 2.400 Euro		Euro
☐ **Tarif PflegePRIVAT Premium***	Euro	Euro
☐ **Tarif PflegePRIVAT Premium Plus***	Euro	Euro
☐ **Tarif FörderPflege***	Euro	Euro**
☐	Euro	Euro
Gesamt		Euro

– Person 2 –

	Tagessatz	Monatsbeitrag
Übertrag		Euro
☐ **Tarif KHT** ☐ **Tarif SKH**	Euro	Euro
☐ **Tarif Kurtagegeld***	Euro	Euro
☐ **TA** ☐ **TAG** ☐ **TAF** (Tarif)	Euro	Euro
☐ **Tarif S-KG 150*:** Nettoeinkommen mind. 600 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 300*:** Nettoeinkommen ab 1.200 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 450*:** Nettoeinkommen ab 1.800 Euro oder ☐ **Tarif S-KG 600*:** Nettoeinkommen ab 2.400 Euro		Euro
☐ **Tarif PflegePRIVAT Premium***	Euro	Euro
☐ **Tarif PflegePRIVAT Premium Plus***	Euro	Euro
☐ **Tarif FörderPflege***	Euro	Euro**
☐	Euro	Euro
Gesamt		Euro

** Der für den Tarif FörderPflege genannte Beitrag verringert sich für jede zulagenberechtigte Person um die staatliche Zulage in Höhe von 5 Euro / Monat.

Ggf. ergänzende Hinweise (z.B. Tarifwechsel, Tagegelderhöhung, Höhe Risikozuschlag)

4. Angaben zu den Tarifen TA, TAG und TAF

	Person 1	Person 2
Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	Brutto / Netto	Brutto / Netto
■ **Arbeitnehmer** Anspruch auf Lohn- / Gehaltsfortzahlung?	Tage	Tage
■ **Selbstständige** Anzahl der versicherungspflichtigen Mitarbeiter		
Handelsregistereintragung / Gewerbeanmeldung / Zulassung seit?	(Tag / Monat / Jahr)	(Tag / Monat / Jahr)
Falls beherrschender GmbH-Gesellschafter / -Geschäftsführer / Alleinvorstand einer AG Anteil am Stammkapital	%	%

5. Erklärungen zu Tarif FörderPflege nach §§ 126 ff. SGB XI

		Person 1	Person 2
5.1	Hiermit bestätige ich, dass für die zu versichernde Person die nachfolgenden erforderlichen Voraussetzungen für den Abschluss der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nach Tarif FörderPflege erfüllt sind: ■ Zurzeit werden keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bezogen und wurden auch in der Vergangenheit noch nie bezogen. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung, zurzeit bezogen werden oder in der Vergangenheit bezogen wurden. ■ Bei keiner anderen Privaten Krankenversicherung besteht eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung. ■ Es besteht eine Pflegepflichtversicherung. Ich verpflichte mich, dem Versicherer das Ende der Pflegepflichtversicherung unverzüglich mitzuteilen (vgl. „Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege“).	☐	☐

Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

		Person 1	Person 2
5.2	Sozialversicherungs-/ Rentenversicherungs- bzw. Zulagenummer, falls bekannt		

5.3 Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulage für jedes Beitragsjahr bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen. Sofern noch keine Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer vorhanden ist bzw. nicht im Antrag eingetragen ist, bevollmächtige ich den Versicherer, diese bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen bzw. abzufragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden und entbinde den Versicherer diesbezüglich von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

Für den Fall, dass die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer bei Antragstellung nicht vorliegt, stimme ich hilfsweise auch der Verwendung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern zu.

Reset Form

6. Angaben zum Gesundheitszustand

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

Hinweis: Durchgeführte Gentests (Erläuterung im Antrag) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.
Mit ‚ja' beantwortete Fragen unter Punkt 6.1.4 bitte näher erläutern.
Sofern eine der folgenden Fragen nur für bestimmte Eintrittsalter zu beantworten ist, gilt als Eintrittsalter das Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr.

6.1 Fragen für die Tarife TA, TAG und TAF

		Person 1		Person 2	
6.1.1	**derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen**				
6.1.1.1	Körpergröße und Körpergewicht	Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
6.1.1.2	Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche bzw. geistige Behinderungen?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.1.3	Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.1.4	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.1.5	Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.2	**Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren**				
6.1.2.1	Erfolgten in den letzten drei Jahren **ambulante** Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)? Die Frage kann verneint werden bei **ausschließlichem** Vorkommen von: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akuter Magen-Darm-Infektionen, Geburt und Entbindung jeweils ohne Komplikationen und Folgen.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.2.2	Wurden in den letzten drei Jahren länger als vier Wochen ununterbrochen Medikamente eingenommen oder werden fortlaufend Medikamente eingenommen? (Empfängnisverhütende Medikamente müssen nicht angegeben werden.)	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.1.3	**Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren**				
6.1.3.1	Erfolgten in den letzten fünf Jahren **stationäre** Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

6.1.4 Bitte machen Sie bei den mit ‚ja' beantworteten Fragen 6.1.1.2, 6.1.1.5, 6.1.2.1, 6.1.2.2 und 6.1.3.1 hier nähere Angaben

zu Person	zu Frage	Genaue Angaben über die Art der Krankheit (Diagnose) Behandlung, Untersuchung, Verletzung, Unfallfolge, Beschwerde, Prothese, Anomalie, des Gebrechens, Organfehlers, Körperimplantates, der Behinderung, Wehrdienstbeschädigung; Name / Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittels, der Droge, ggf. Entbindungstermin	Behandlung von / bis	Operation	Folgenlos ausgeheilt?		
					nein: folgen weitere Behandlungen oder sind weitere Behandlungen geplant und zwar	ja: ausgeheilt und beschwerdefrei seit Monat / Jahr	besteht Nagelung (oder Ähnliches, bei Knochenbrüchen u. ä.) die noch entfernt werden muss?
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja	☐	☐ /	☐ nein ☐ ja

☐ Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.

☐ Ich möchte dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen. Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

6.2 Fragen für Tarife ZahnPRIVAT 75, ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 100

		Person 1		Person 2	
6.2.1	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 wenn ja: Anzahl?	☐ ja	☐ nein wenn ja: Anzahl?	☐ ja
6.2.2	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
6.2.3	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				
6.2.4	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

6.3 Fragen für Tarif VorsorgePRIVAT

6.3.1	Werden Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) getragen oder sind sie erforderlich?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.3.2	Besteht eine Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit? Wird die Frage mit „ja" beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Hörhilfen kein Versicherungsschutz besteht.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

Reset Form

6.4	Fragen für Tarif NaturPRIVAT	Person 1		Person 2	
		Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
6.4.1	Körpergröße und Körpergewicht (nicht erforderlich, wenn Frage 6.1.1.1 bereits beantwortet)				
6.4.2	Haben wegen einer der folgenden Krankheiten in den letzten **drei** Jahren Behandlungen durch einen Arzt, Heilpraktiker, Masseur, Krankengymnast oder im Krankenhaus stattgefunden oder finden deswegen zurzeit Behandlungen statt bzw. sind vorgesehen oder angeraten? ▪ Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur (mehr als einmal in den letzten **drei** Jahren aufgetreten) ▪ Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergien*, Migräne, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, psychische und psychiatrische Erkrankungen (* Hinweis: Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind keine Allergien und daher nicht relevant)	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.4.3	Besteht eine der folgenden Krankheiten oder sind deswegen Behandlungen oder Untersuchungen vorgesehen oder angeraten? Asthma Bronchiale, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Diabetes mellitus („Zucker“) und HIV-Infektion bzw. AIDS	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

6.5	Fragen für Tarif S-KG	Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
6.5.1	Körpergröße und Körpergewicht (nicht erforderlich, wenn Frage 6.1.1.1 oder 6.4.1 bereits beantwortet)				
6.5.2	Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **drei** Jahren eine der folgenden Krankheiten? HIV-Infektion, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Arthrose, Erkrankungen der Wirbelsäule oder der Rückenmuskulatur (häufiger als zweimal in den letzten drei Jahren), chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), psychische und psychiatrische Erkrankungen, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Morbus Bechterew, Leberzirrhose	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.5.3	Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit oder bestand in den letzten **drei** Jahren eine Erkrankung, wegen der eine ärztliche Krankschreibung von länger als vier Wochen ununterbrochen erfolgte?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

6.6	Fragen für alle Pflegetarife (außer FörderPflege)	Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
6.6.1	Körpergröße und Körpergewicht (nicht erforderlich, wenn Frage 6.1.1.1, 6.4.1 oder 6.5.1 bereits beantwortet)				
6.6.2	Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt oder ist geplant oder angeraten, einen Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung zu stellen?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.6.3	Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? Hinweis: Es sind jeweils nur die Diagnosen hinter dem Doppelpunkt der einzelnen Bereiche relevant. Im Antrag sind einige der hier genannten Erkrankungen näher erläutert. Erkrankungen des Zentralnervensystems: Demenz, Alzheimer, sonstige Hirnleistungsstörung, Hirntumor, Wachkoma, Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Epilepsie, infantile Zerebralparese, Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophien, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Hemiparese / Hemiplegie, Kinderlähmung (inkl. Folgen) Erkrankungen des Blutes: Knochenmarkserkrankungen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten 5 Jahren) Erkrankungen innerer Organe, Stoffwechsel: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Staublunge, Lungenemphysem, Mukoviszidose, Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankung, Diabetes mellitus [„Zucker“] Erkrankungen des Immunsystems: HIV-Infektion, AIDS Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Muskelschwund, Osteoporose, Morbus Bechterew, rheumatoide / chronische Arthritis, rheumatische Erkrankungen, Arthrose an zwei oder mehr Gelenken Krebs: Bösartige Neubildungen Sonstige Erkrankungen: psychische und psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen), Down-Syndrom, Klumpfuß	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.6.4	Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)*) oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten? *) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.6.5	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 14 Jahre** Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.6.6	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 75 Jahre** Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten bzw. Beschwerden? Hinweis: Es sind jeweils nur die Diagnosen hinter dem Doppelpunkt der einzelnen Bereiche relevant. Im Antrag sind einige der hier genannten Erkrankungen näher erläutert. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Herzinfarkt, Vorhofflimmern, Kammerflimmern, Bypass-Operation, Implantation Herzschrittmacher oder Defibrillator, Angina pectoris, Ischämie, transitorische ischämische Attacke (TIA), Arterienaneurysma, Karotisstenose, arterielle Verschlusskrankheit Erkrankungen innerer Organe, Stoffwechsel: Harninkontinenz, Harnstauungsniere, Schlafapnoe-Syndrom, Lungenentzündung (häufiger als zweimal in den letzten fünf Jahren), Gicht Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Bewegungskoordinationsstörungen, Gleichgewichtsstörung, Gehen nur mit Gehhilfen oder Rollator möglich, Angewiesensein auf Rollstuhl (auch wenn nur zeitweise), Fibromyalgie, Polyneuropathie, Schenkelhalsbruch Erkrankungen der Augen: Makuladegeneration, fortschreitende Erblindung Sonstige Erkrankungen / Behandlungen: chronische offene Wunde/n (Ulkus / Ulcera, Dekubitus), chronisches Schmerzsyndrom, Einnahme von Herzmedikamenten, Einnahme von Marcumar oder anderen Medikamenten, die zur Gerinnungshemmung oder Blutverdünnung eingenommen werden	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6.6.7	**Zusatzfrage bis einschließlich Eintrittsalter 7 Jahre** Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine ärztlich festgestellte Entwicklungsstörung / -verzögerung?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

Reset Form

6.7 Gesundheitsfragen für die Tarife KlinikPRIVAT Premium, KlinikPRIVAT Option, Krankenhaustagegeld und Kurtagegeld

Beachten Sie:
Bei allen Gesundheitsangaben, die mit den Symbolen oder gekennzeichnet sind, wird bei der Beantwortung mit „ja“ ein Leistungsausschluss oder ein Risikozuschlag erforderlich. Sind 4 oder mehr der mit oder gekennzeichneten Fragen mit „ja“ beantwortet bzw. ist eine mit einem roten Dreieck gekennzeichnete Gesundheitsangabe mit „ja“ beantwortet, kann der Antrag auf Neuaufnahme nicht angenommen werden.
Tarif KinikPRIVAT Option: Die erforderlichen Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge kommen erst beim Wechsel in den Tarif KlinikPRIVAT Premium zum Tragen. Bei Beantragung eines Tarifwechsels erfolgt die Prüfung durch den Innendienst. Ebenfalls erfolgt die abschließende Risikoprüfung durch den Innendienst bezüglich Größe und Gewicht bei Kindern (bis einschließlich 15 Jahre).

		Person 1		Person 2	
		Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
1	Körpergröße und Körpergewicht				
		BMI-Wert		BMI-Wert	
1	Errechneter BMI BMI = Körpergewicht in kg/(Körpergröße in m)²				

BMI-Tabelle für Personen ab 16 Jahren:

BMI	Tarife KlinikPRIVAT	Krankenhaus- und Kurtagegeld
< 17 sowie ≥ 36		
≥ 30	9,62 Euro	30 %
≥ 34	19,25 Euro	50 %

Ergibt sich aus den Angaben zu Größe und Gewicht ein BMI zu den in der Tabelle
- mit gekennzeichneten Werten, ist keine Neuaufnahme möglich.
- mit gekennzeichneten Werten, gilt:
  Ich bin mit einem Risikozuschlag für Übergewicht und Folgen entsprechend den in der Tabelle angegeben Beträgen einverstanden

		Person 1		Person 2	
1a	**Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 5 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2.000 g oder wurde eine Entwicklungsstörung/-verzögerung ärztlich festgestellt?**	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
2	**Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %*) oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten?** *) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
3	**Sind Operationen, Krankenhausaufenthalte, Kuraufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen angeraten, notwendig oder geplant?**	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
4	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 14 Jahre** **Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption?**	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
5	**Fanden in den letzten drei Jahren ärztliche Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt, bzw. sind ärztliche Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen vorgesehen?** Die Frage kann verneint werden bei ausschließlichem Vorkommen von: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akute Magen-Darm-Infektionen, zurückliegende Geburten und Entbindungen jeweils ohne Komplikationen und Folgen. **Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, sind die folgenden Fragen zu 6 und 7 zu beantworten.**	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
6	**Besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine der folgenden Krankheiten?** Erkrankungen des Zentralnervensystems: Epilepsie, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Morbus Parkinson, Lähmungen, Demenzerkrankungen, Alzheimer, Polyneuropathie, Koma Erkrankungen innerer Organe sowie des Stoffwechsels: Diabetes mellitus, Mukoviszidose, Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankungen und Nierenfehlfunktionen, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, COPD, Lungenemphysem, Sarkoidose, Schlafapnoe, Tuberkulose, Organ- und Gewebstransplantationen, Chronische Hepatitis, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Arteriosklerose, Herzinfarkt, Gehirnblutung, Schlaganfall, Koronare Herzerkrankung (KHK), Angina Pectoris, Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Bypass, Durchblutungsstörungen des Gehirns (Transitorische ischämische Attacke), Aneurysma, Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), Hämophilie (Bluterkrankheit), Embolien Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems: Osteoporose, Morbus Bechterew, rheumatische Erkrankungen (z.B. systemische Sklerose, Lupus erythematodes) , Rheumatoide/ hronische Arthritis, Fibromyalgie (chronisches Schmerzsyndrom), Psoriasis-Arthritis Neubildungen: Bösartige Neubildungen, Gutartiger Tumor des Gehirns Sonstige Erkrankungen: psychische und psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen (Drogen, Alkohol), Chromosomanomalien (z.B. Down-Syndrom), Makuladegeneration, HIV-Infektion, Angeborene Deformitäten der Füße (z.B. Klumpfuß)	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7	**Besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine der folgenden Krankheiten?**				
7.1	**Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Hüftgelenkes (z.B. Hüftfehlstellung, Arthrose oder künstliches Hüftgelenk)?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Hüftgelenkserkrankungen und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.2	**Bestehen Erkrankungen der Schilddrüse?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Schilddrüse und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.3	**Besteht oder bestand ein behandlungsbedürftiger Herzklappenfehler?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen des Herzens und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.4	**Besteht oder bestand Schuppenflechte oder Neurodermitis?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Haut und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.5	**Besteht oder bestand ein Bruchleiden (z.B. Leisten- oder Nabelbruch)?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Bruchleiden und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.6	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 1 Jahr**				
	Besteht Asthma bronchiale oder chronische Bronchitis? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Atmungsorgane und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
7.7	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 4 Jahre**				
	Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenschäden, Skoliose)? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Wirbelsäule und Folgen einverstanden.	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

Reset Form

		Person 1	Person 2
7.8	**Zusatzfragen ab Eintrittsalter 14 Jahre**		
a	**Bestanden behandlungsbedürftige Erkrankungen der Rückenmuskulatur, häufiger als zweimal in den letzten drei Jahren oder bestehen aktuell Erkrankungen der Rückenmuskulatur (z.B. Verspannungen der Schultermuskulatur)?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Wirbelsäule und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b	**Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Kniegelenkes (z.B. Kreuzbandriss, Meniskusschaden, Arthrose oder künstliches Kniegelenk)?** **Wenn ja: Welche Seite ist betroffen?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen des Kniegelenkes für die betroffene(n) Seite(n) und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig	☐ nein ☐ ja ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig
c	**Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Schultergelenkes (z.B. Schulterengpasssyndrom)?** **Wenn ja: Welche Seite ist betroffen?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Funktionsstörungen des Schultergelenkes für die betroffene(n) Seite(n) und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig	☐ nein ☐ ja ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig
7.9	**Zusatzfragen ab Eintrittsalter 16 Jahre**		
a	**Besteht oder bestand ein Analabszess oder eine Steißbeinfistel?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen der Anal- und Rektalregion und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b	**Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Gebärmutter und deren Anhangsorgane (z.B. Endometriose, Zysten, Myome)?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Gutartige Neubildung der Gebärmutter, der Gebärmutteranhangsorgane und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
c	**Besteht oder bestand ein Darmdivertikel?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen des Darmes und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
d	**Besteht oder bestand ein Magen- und/oder Zwölffingerdarmgeschwür?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen des Magen- Darmtraktes, Ursachen und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7.10	**Zusatzfragen ab Eintrittsalter 18 Jahre**		
a	**Besteht ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Risikozuschlag für Bluthochdruck und Folgen einverstanden. Dieser beträgt in den KlinikPRIVAT-Tarifen 14,44 Euro bzw. für Krankenhaus- und Kurtagegeld 31 %.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b	**Besteht eine behandlungsbedürftige Fettstoffwechselstörung (z.B. durch erhöhte Cholesterinwerte)?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Risikozuschlag für Fettstoffwechselstörung und Folgen einverstanden. Dieser beträgt in den KlinikPRIVAT-Tarifen 7,22 Euro bzw. für Krankenhaus- und Kurtagegeld 26 %.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
c	**Bestehen Krampfadern?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Krampfadern und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
d	**Bestehen oder bestanden Nieren- oder Harnleitersteine?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Steinbildungen im Bereich der Nieren, der ableitenden Harnwege und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
e	**Bestehen oder bestanden Gallensteine?** Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Steinbildungen in der Gallenblase und in den Gallenwegen sowie jeweilige Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7.11	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 45 Jahre**		
	Besteht eine der folgenden Augenerkrankungen: Glaukom (grüner Star), Katarakt (grauer Star) oder Netzhautablösung? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Krankheiten der Augen und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7.12	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 1 bis einschließlich 9 Jahre**		
	Besteht oder bestand eine Mittelohrentzündung (Otitis media)? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Erkrankungen des Ohres und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7.13	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 1 bis einschließlich 15 Jahre**		
	Besteht oder bestand Pseudokrupp-Husten? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Pseudokrupp und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
7.14	**Zusatzfrage ab Eintrittsalter 1 bis einschließlich 18 Jahre**		
	Besteht Schielen (Strabismus)? Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin mit einem Leistungsausschluss für Schielen und Folgen einverstanden.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Reset Form

7. Bestehende Versicherungen

	Person 1	Person 2
7.1 Wo besteht die Krankenversicherung?	☐ deutsche gesetzliche Krankenversicherung ☐ ausländische gesetzliche Krankenversicherung ☐ private Krankenversicherung	☐ deutsche gesetzliche Krankenversicherung ☐ ausländische gesetzliche Krankenversicherung ☐ private Krankenversicherung
7.2 Wo besteht die Pflegepflichtversicherung?	☐ gesetzlich ☐ privat Name des Versicherers:	☐ gesetzlich ☐ privat Name des Versicherers:
7.3 Besteht bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV) eine		
a) Zusatzversicherung für Zahnersatz?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b) Zusatzversicherung für Naturheilverfahren?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
c) Stationäre Zusatzversicherung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
d) Krankenhaustagegeldversicherung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
e) Kurtagegeldversicherung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
f) Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung) oder besteht bei einer Lebensversicherung eine Pflegerentenversicherung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
g) Besteht bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV) oder als Wahltarif bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung eine Krankentagegeldversicherung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

	Person 1 Wo?	Person 1 Tagessatz	Person 2 Wo?	Person 2 Tagessatz
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				

8. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

8.1 Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

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

8.2 Informationspflicht gemäß § 7 VVG

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

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

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

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

10. 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. 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.
Der Versicherungsschutz im Tarif ZahnVITAL erstreckt sich nicht auf
– vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) zahnärztlich angeratene, beabsichtigte oder laufende Behandlungen. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
– Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen)
Die mit * gekennzeichneten Tarife 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

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
DE69BK000000156985

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, 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 Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.
Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.
Auf diese Bankverbindung sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

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.

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

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

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.

Reset Form

11. 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.
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 der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, Maximilianstraße 53, 81537 München, 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, in der Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherung für 1 Jahr 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 prädiktiven Gentests
Gemäß Gendiagnostikgesetz darf der Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentestes abhängig gemacht werden. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

Angaben zum Einkommen
Ich bestätige hiermit, dass mein beantragtes Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern nicht das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen übersteigt.

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, 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 BK 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, ZahnPRIVAT90, ZahnPRIVAT 100 und VorsorgePRIVAT				
RZ für fehlende, nicht ersetzte Zähne** und für Sehhilfen	Tarif			
	ZahnPRIVAT 75	ZahnPRIVAT 90	ZahnPRIVAT 100	VorsorgePRIVAT
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.			–
RZ für Sehhilfe	–	–	–	4,00 Euro

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

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

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

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

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

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPflege wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn Sie die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Sie müssen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein.
- Sie dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben. Leistungsbezug wegen Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, falls entsprechende Leistungen ruhen, weil Sie vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, z. B. der gesetzlichen Unfallversicherung, erhalten oder in der Vergangenheit erhalten haben, oder Sie vor dem 31.12.2016 Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung wegen eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten haben.
- Bei Abschluss des Vertrages müssen Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag über eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gezahlt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für Sie bereits Geförderte Ergänzende Pflegeversicherungen bestehen.
- Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns.

Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für die versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Hilfsweise und zur Beschleunigung der Angelegenheit erlauben Sie uns für den Fall, dass Ihnen bei Antragstellung die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer nicht vorliegt, auch die Nutzung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern.

Mit dem Zulagenantrag werden aufgrund der von Ihnen erteilten Vollmacht die persönlichen Fördervoraussetzungen an die staatliche Zulagenstelle übermittelt. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulageberechtigung (vgl. Nr. 6 der „Erklärungen zu Tarif FörderPflege nach §§ 126 ff. SGB XI“) unverzüglich anzuzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gezahlt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

Erläuterungen einiger der unter Frage 6.6.3 genannten Erkrankungen	
Demenz	Erkrankungen, bei denen das Gedächtnis und die Denkfähigkeit abnehmen. Mehrere geistige und intellektuelle Bereiche sind betroffen z. B. die Orientierung, die Lern- und Urteilsfähigkeit.
Alzheimer	häufigste Form der Demenz
sonstige Hirnleistungsstörung	Die Hirnfunktion ist auf Dauer geschädigt. Dies kann alle Bereiche umfassen, die vom Gehirn gesteuert werden (Motorik / Bewegung, Sprache / Sprachverstehen). Ursachen können z.B. Stoffwechselstörungen, Infektionserkrankungen, Vergiftungen, zu langer Sauerstoffmangel und Unfälle sein.
Parkinson-Krankheit	„Schüttellähmung“, langsam fortschreitende neurologische Erkrankung mit Absterben von Nervenzellen
Chorea Huntington	Fortschreitende Zerstörung eines Bereichs des Gehirns, der für die Muskelsteuerung und grundlegende mentale Funktionen wichtig ist. Die Erkrankung beginnt mit Bewegungsstörungen und psychischen Symptomen und umfasst im Endstadium die Hirnfunktion insgesamt und beinhaltet dann auch die Demenz. (veraltete Bezeichnung „Veitstanz“)
Creutzfeldt-Jakob	Erkrankung des zentralen Nervensystems mit fortschreitender Demenz; meist Folge krankhafter Genveränderung oder durch den Verzehr von BSE-verseuchtem Fleisch
Infantile Zerebralparese	frühkindliche Hirnschädigung
Amyotrophe Lateralsklerose	fortschreitende Lähmung der Muskulatur
Muskeldystrophien	neuromuskuläre Erkrankungen
Hemiparese / Hemiplegie	einseitige Lähmung
Knochenmarkserkrankungen	Erkrankungen der Blutbildung, „Blutkrebs“, Leukämie, Lymphome
Arteriosklerose	„Verkalkung“ / Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, der Gehirnarterien und anderer Arterien
Koronare Herzkrankheit	Verengung der Herzkranzgefäße
Herzinsuffizienz	Herzschwäche, Funktionsstörung des Herzens, welches deshalb den Körper nicht ausreichend mit Blut versorgen kann
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	COPD, oftmals durch Rauchen verursacht („Raucherhusten“)
Mukoviszidose	Stoffwechselerkrankung, bei der die Schleimdrüsen dickflüssigen, zähen Schleim produzieren, der vor allem Verdauungsorgane und Lunge schädigt
Chronische Nierenerkrankung	dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion
Diabetes mellitus	Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper
Osteoporose	Knochenschwund, welcher zur erhöhten Brüchigkeit von Knochen führt
Morbus Bechterew	chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung mit Schmerzen und Versteifung von Gelenken
rheumatoide / chronische Arthritis	chronische Entzündung eines oder mehrerer Gelenke (= Polyarthritis)
rheumatische Erkrankungen	neben der rheumatoiden/chronischen Arthritis (s.o.) alle anderen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (z.B. Weichteilrheumatismus)
Arthrose	Verschleißerscheinung mit Veränderung von Knorpel- und / oder Knochengewebe im Sinne von „Abnutzungserscheinungen“
Krebs	alle Arten von bösartigen (malignen, karzinogenen) Neubildungen; Krebs ist nicht relevant, wenn in den letzten 5 Jahren nur Nachuntersuchungen stattfanden.
Psychische und psychiatrische Erkrankungen	Die Frage kann mit „nein“ beantwortet werden - bei vorübergehenden (rein) psychosomatischen Störungen (z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen ohne körperliche Ursachen, Schlafstörungen), solange sie nicht über 3 Monate hinaus auftraten und jetzt Beschwerde- und Behandlungsfreiheit vorliegt - bei einer Stressbelastung mit einer insgesamt max. 4 Wochen dauernden „Krankschreibung“, solange ansonsten keine Behandlung, auch nicht mit Medikamenten notwendig war - bei einer leichten depressiven Verstimmung und einer Behandlung lediglich mit pflanzlichen oder naturheilkundlichen Mitteln, z.B. Johanniskraut oder Homöopathie (Globuli, „Kügelchen“) - bei Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen z.B. wegen Tod eines nahen Familienangehörigen, Ehescheidung, Prüfungsangst, sofern maximal 20 Psychotherapie-Stunden notwendig waren und die Belastung verarbeitet ist, d.h. Beschwerde- und Behandlungsfreiheit vorliegt.
Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen)	Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten bei Abhängigkeit und chronischem Missbrauch von Alkohol oder Drogen, wenn in den letzten 5 Jahren eine Behandlung (Entgiftung / Entzug / Entwöhnung) stattgefunden hat; ebenso wenn die Sucht, die Abhängigkeit, der chronische Missbrauch besteht und in den letzten 5 Jahren nicht behandelt wird bzw. wurde. Die Frage kann mit „nein“ beantwortet werden, wenn die Abhängigkeit besteht, aber in den letzten 5 Jahren kein Alkohol und keine Drogen konsumiert wurden (trockener Alkoholiker, cleaner Drogenabhängiger).

Erläuterungen einiger der unter Frage 6.6.6 genannten Erkrankungen	
Vorhofflimmern	Herzrhythmusstörung, bei der das Herz unregelmäßig schlägt; äußert sich in „Herzstolpern“ oder Herzrasen, Schwindel, Atemnot, Brustschmerzen, Angstgefühle und Müdigkeit; auch Ohnmachtsanfälle sind möglich
Kammerflimmern	lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung. Der Herzmuskel pumpt unkoordiniert mit hoher Frequenz – er „flimmert“. Die Pumpleistung des Herzens sinkt abrupt auf Null und es entsteht ein Kreislaufstillstand. Es ist eine sofortige Defibrillation erforderlich.
Bypass-Operation	künstlich angelegte Umgehungen verengter Blutgefäße. Bypässe werden vor allem am Herzen, aber auch an anderen Blutgefäßen angelegt, wenn erkrankte Gefäße zur Blutversorgung nicht mehr ausreichen.
Herzschrittmacher oder Defibrillator	elektronische Geräte, die unter die Haut oder den Muskel im Oberkörperbereich implantiert werden
Angina pectoris	Brustenge und plötzlich auftretender Schmerz in der Herzgegend
Ischämie	Minderdurchblutung oder vollständig ausgefallene Durchblutung eines Gewebegebietes; kann Herz oder Gehirn betreffen
Transitorische ischämische Attacke (TIA)	vorübergehende neurologische Störung, die in ihren Symptomen einem Schlaganfall gleicht, sich aber wieder vollständig zurückbildet. Eine TIA dauert wenige Minuten bis Stunden.
Arterienaneurysma	Ausbuchtung einer Arterie; kann die Halsschlagader, Hauptschlagader, Herzkranzgefäße, Gehirnarterien oder sonstige Arterien, auch die Herzwand betreffen
Karotisstenose	Verengung der Halsschlagader
arterielle Verschlusskrankheit	Störung der Durchblutung der Extremitäten, meist der Beine. Die Beschwerden der Betroffenen reichen von gelegentlichen Beinschmerzen über belastungsabhängige Schmerzen mit Einschränkung der Gehstrecke (die Betroffenen müssen oft stehen bleiben) bis hin zur amputationspflichtigen Gangrän (Wundbrand, abgestorbenes Gewebe aufgrund der Durchblutungsstörung).
Harninkontinenz	Blasenschwäche mit unwillkürlichem Harnverlust. Harninkontinenz bezeichnet den Verlust oder das Nichterlernen der Fähigkeit, Urin sicher in der Harnblase zu speichern und selbst Ort und Zeitpunkt der Entleerung zu bestimmen. Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten bei Therapie mit Windeln oder Dauerkatheter und chronischer inkompletter Entleerung der Blase mit Restharn.
Harnstauungsniere	Kann sich zu einer Hydronephrose (Wassersackniere) entwickeln. Die Krankheit ist das Ergebnis von Abflussstörungen des Harns aus der Niere.
Schlafapnoe-Syndrom	Erkrankung, bei der Atemaussetzer im Schlaf eintreten
Gicht	Es treten anfallsartig starke Schmerzen, vor allem in den Gelenken auf. Grund ist ein erhöhter Harnsäurespiegel im Blut (Hyperurikämie). Die Harnsäure kristallisiert aus und lagert sich ab. So können dauerhafte Schäden an den Gelenken, aber auch Nierenschäden entstehen.
Bewegungskoordinationsstörungen	Betroffene können ihre Bewegungen nicht richtig koordinieren, was zu motorischen Schwierigkeiten, z. B. unkontrollierten oder überschießend-ausfahrenden Bewegungen führt. Kann sich auch darin äußern, dass Gehen und Treppensteigen kaum mehr bzw. komplett nicht mehr möglich ist, oder Tendenz, das Gleichgewicht zu verlieren und hinzufallen; im Stehen Standunsicherheit und Körperschwankungen.
Fibromyalgie	gekennzeichnet durch weit verbreitete Schmerzen mit wechselnder Lokalisation in der Muskulatur, um die Gelenke und im Rückenbereich; auch Druckschmerzempfindlichkeit sowie Begleitsymptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Morgensteifigkeit, Konzentrations- und Antriebsschwäche, Wetterfühligkeit, Schwellungsgefühl an Händen, Füßen und Gesicht
Polyneuropathie	Schädigung von Nerven. Typisch sind Muskelschwäche und Gefühlsstörungen der Haut (Missempfinden, Kribbeln, Einschlafen der Hände, Krämpfe usw.)
Makuladegeneration	Erkrankung am Augenhintergrund, bei der Zellen im zentralen Bereich zugrunde gehen
Ulkus / Ulcera	tiefer Defekt der Haut durch alle Wandschichten. Eine gebräuchliche Bezeichnung ist auch Hautgeschwür. Oft treten Ulcera an den Beinen auf; umgangssprachlich „offene Beine“.
Dekubitus	schlecht und langsam heilende Wunde infolge einer Minderdurchblutung der Haut oder des Unterhautgewebes
chronisches Schmerzsyndrom	beginnt oft mit akuten Schmerzen aufgrund einer Verletzung oder Krankheit. Aus ihnen entwickeln sich mit der Zeit chronische Schmerzen, die auch nach Heilung der ursächlichen Gewebeschädigung bestehen bleiben – die Schmerzen sind zu einer eigenständigen Erkrankung geworden.

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 Kranken 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
▪ Actineo GmbH	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
▪ 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	Jahresabschluss / Wirtschaftsprüfung
▪ SPS Germany GmbH	Druck und Versand

Stand: 01.04.2024

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Beratungsdokumentation zur Krankenzusatzversicherung

zum Antrag vom _____ Antrags-/Versicherungsnummer _____

I. Gesprächsteilnehmer

Kunde(n) _____

Vermittler _____

Weitere Gesprächsteilnehmer _____

Datum des Gesprächs _____

II. Kundenwunsch

☐ Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

☐ Hier können Besonderheiten (z.B. Versichererwechsel) stehen

III. Unser Vorschlag zum Kundenwunsch

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

☐ ZahnPRIVAT — Ergänzungsversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, schmerzstillende Maßnahmen, Zahnprophylaxe und Kieferorthopädie für versicherte Personen nach Vollendung des 19. Lebensjahres bei Unfall oder bei GKV-Leistung.

Im ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90 auch Kieferorthopädie für versicherte Personen vor Vollendung des 19. Lebensjahres sowie Zahnaufhellung (Bleaching).

☐ ZahnPRIVAT 100 Erstattungssatz 100 % ☐ ZahnPRIVAT 90 Erstattungssatz 90 % ☐ ZahnPRIVAT 75 Erstattungssatz 75 %

der erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV erbrachten Leistung.

☐ KlinikPRIVAT — Stationäre Zusatzversicherung mit privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus und Unterbringung im Einbettzimmer

☐ KlinikPRIVAT Premium bei Krankheit und Unfall ☐ KlinikPRIVAT Unfall bei Unfall ☐ KlinikPRIVAT Option Anwartschaft auf KlinikPRIVAT Premium

☐ BEST — Monatliche Beitragsentlastung ab Alter 65

☐ PflegePRIVAT Premium — Pflegetagegeldversicherung für die Pflegegrade 1 bis 5 zur Ergänzung der privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung

☐ PflegePRIVAT Premium Plus — Pflegetagegeldversicherung für die Pflegegrade 1 bis 5 zur Ergänzung der privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung; bei vollstationärer Pflege 100 % des versicherten Tagegeldes bereits ab Pflegegrad 2

☐ FörderPflege — Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung mit Leistungen in den Pflegegraden 1 bis 5

☐ VorsorgePRIVAT Start — Ergänzungsversicherung mit Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, professionelle Zahnreinigung und einem Krankenhaustagegeld bei Unfall.

☐ VorsorgePRIVAT — Ergänzungsversicherung mit Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Sehhilfen, Refraktive Chirurgien, Hörgeräte und Impfungen.

☐ NaturPRIVAT — Ergänzungsversicherung mit Leistungen für ambulante naturheilkundliche und alternative Heilbehandlung.

☐ KHT und SKH — Krankenhaustagegeld zur Finanzierung von Zusatzkosten bei Krankenhausaufenthalt.

☐ S-KG — Monatliches Krankentagegeld zur Einkommenssicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit in Ergänzung zum Krankengeld der GKV; Zahlung ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

☐ S-KG 150 150 € mtl. Krankengeld ☐ S-KG 300 300 € mtl. Krankengeld ☐ S-KG 450 450 € mtl. Krankengeld ☐ S-KG 600 600 € mtl. Krankengeld

☐ TA — Krankentagegeld für Arbeitnehmer zur Einkommenssicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Das Krankentagegeld wird in versicherter Höhe nach Ablauf der Karenzzeit gezahlt.

☐ TAF — Krankentagegeld für Freiberufler zur Einkommenssicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Das Krankentagegeld wird in versicherter Höhe nach Ablauf der Karenzzeit gezahlt.

323415 06.2024 ek

Reset Form

☐ TAG	Krankentagegeldversicherung für Selbstständige zur Einkommenssicherung bei krankheitsbedingter Arbeistsunfähigkeit. Das Krankentagegeld wird in versicherter Höhe nach Ablauf der Karenzzeit gezahlt.
☐ 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.
☐ Kurtagegeld	Kurtagegeld zur Finanzierung von Zusatzkosten bei Kuren, Anschlussheilbehandlungen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.
☐ 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

☐ Zahn	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
☐ Ambulant	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
☐ stationär	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
☐ Pflegetagegelder	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
☐ Tagegelder	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
☐ Sonstige	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ 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.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Tarif KlinikPRIVAT Premium in der Variante ohne Alterungsrückstellungen mit Alter 60 automatisch in die Variante mit Alterungsrückstellungen umgestellt wird und ich den dann gültigen höheren Beitrag zu zahlen habe.
- Über die Folgen bei einem Wechsel von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung insbesondere auf die Alterungsrückstellung und ggf. Wartezeiten wurde ich informiert.
- Ich wurde über den Verlust der Alterungsrückstellung bei Tarifwechsel aus einem Tarif mit Alterungsrückstellung in einen Tarif ohne Alterungsrückstellung informiert.

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

Reset Form