

Beratungsverzicht

Vermittler Vers-Finanz, Werner Offermann	Datum
---	-------

Mandantendaten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

Beratungsanlass

Produktbezogen: Pflegepflicht und Kleine Anwartschaft

Kontaktaufnahme

Internet: Kontaktformular Webseite www.POLIZEI-Versicherungsmakler.de

Mandantenwünsche

Angaben zur Produktparte und den vom Mandanten angegebenen Bedarf und dem gewünschten Angebot: Pflegepflichtversicherung und Kleine Anwartschaft

Beratungsverlauf/-Inhalt

Mandanten wurden Angebote inkl. aller Unterlagen per E-Mail gesandt, eine Beratung erfolgte nicht;

In der E-Mail wurde der Abschluss mehrerer Kleiner Anwartschaften empfohlen, um bei Eintritt in den Ruhestand ein Wahl zu haben; Hier noch einmal der Hinweis, dass später nur **EINE** der Kleinen Anwartschaften aktiviert und in einen Beihilfetarif umgewandelt werden kann, da bei Aktivierung mehrerer Kleiner Anwartschaften ansonsten eine Doppelversicherung vorliegen würde.


Beratungsverzicht

Ich verzichte ausdrücklich auf die mir angebotene Durchführung einer Beratung. Mir ist bekannt, dass nur bei Durchführung einer Beratung die Möglichkeit besteht meinen Versicherungs- und Vorsorgebedarf zu ermitteln. Mögliche Nachteile durch eine fehlende Beratung bzw. evtl. daraus resultierende Versicherungslücken habe ich eigenverantwortlich zu vertreten.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant

Verden,
Ort, Datum



Unterschrift Versicherungsmakler

Ausfüllhilfe

KV-Antrag BBKK (Bayerische Beamtenkrankenkasse)

Hiermit möchte ich Ihnen beim Ausfüllen des beigefügten Antrages helfen und auch noch ein paar Hinweise geben.

Bitte füllen Sie den Antrag und den Beratungsverzicht an den grün markierten Stellen aus und senden Sie mir den Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Per E-Mail: Info@POLIZEI-Versicherungsmakler.de

Per Post: Vers-Finanz POLIZEI-Versicherungsmakler, Schützenweg 33, 27283 Verden

Per Upload auf der Webseite: [Vertrag hochladen](#)

Zu 2. Zu versichernde Person

Fügen Sie bei „Ende Heilfürsorge“ das voraussichtliche Datum ein, zu dem Sie voraussichtlich in den Ruhestand versetzt werden.

3. Versicherungsschutz und Beitrag

Tragen Sie bitte unbedingt den Versicherungsbeginn ein.

Tragen Sie ansonsten einfach die Tarife und die Beiträge aus dem Ihnen vorliegenden Angebot hier ein, welche Sie abschließen möchten.

7. Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass die Angaben vollständig und umfassend sind.

Gehen Sie hier bitte sehr genau vor. Auch bei den Angaben, die Sie machen. Geben Sie an, WANN Sie WAS hatten. Wie lange und wie dies behandelt wurde und ganz wichtig: wie ist der aktuelle Stand ist. Z. B. „vollständig ausgeheilt und keine Folgeerscheinungen“, oder „noch in Behandlung“, oder „folgende Dauerschädigung:....“.

Die Versicherung kennt Sie und ihren Gesundheitszustand nicht, deshalb ist es wichtig, dies genau anzugeben. Bei allem, was Sie nicht angeben geht die Versicherung immer vom schlimmsten Fall aus.

8. Vorversicherungen

Eine Krankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung sind in Deutschland Pflicht. Deshalb fragt eine Versicherung hier mind. die letzten zwei, eher die letzten fünf Jahre ab, wie Sie versichert waren bzw. sind. Geben Sie also die Versicherung, die Versicherungsnummer und den Zeitraum an. Bei Versicherungen, die noch andauern (z. B. Heilfürsorge) geben Sie das Beginndatum und bis „aktuell“ oder bis „bestehend“ an.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung: 04231 / 9368964

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV A190-60 12.2022 SAP-Nr. 320085

Frau Herr

Antrag wurde gemalt am

Titel/Name

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

Straße **Haus-Nr.**

Länderkennzeichen/Postleitzahl **Wohnort (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag)**

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

Tätigkeitsstatus Arbeitnehmer selbstständig **verbeamtet** Sonstiges
 derzeit ausgeübte Tätigkeit **Branche**

Polizeibeamter **Polizei**

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Partnernummer
1922327

POLIZEI

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



**Schützenweg 33
 27283 Verden**

Telefon 04231-936-89-64
 www.POLIZEI-Versicherungsmakler.de

Beitragszahlung

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

Zahlungsweise
 sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise jährlich

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

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

	Person 1 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/>	Person 2 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name (inkl. Titel, Namenszusatz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname (falls abweichend vom aktuellen Namen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (falls abweichend vom Antragsteller)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit / in Deutschland seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beziehung zum Antragsteller (falls versicherte Person abweichend zum Antragsteller)	<input type="checkbox"/> Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) <input type="checkbox"/> sonstige Beziehung: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehe / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind (auch Adoptivkind, Kind in Adoptionspflege) <input type="checkbox"/> sonstige Beziehung: <input type="text"/>
Tätigkeitsstatus	<input type="checkbox"/> selbstständig wenn ja: Freiberufler <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input checked="" type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> gesetzl. Freiwilligendienst <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> selbstständig wenn ja: Freiberufler <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi / Student <input type="checkbox"/> gesetzl. Freiwilligendienst <input type="checkbox"/> Sonstiges
derzeit ausgeübte Tätigkeit bzw. Tätigkeit vor Rentenbeginn / Branche	Polizeibeamter / Polizei	<input type="text"/>
Ausbildungsstelle / Ende Heilfürsorge (Monat/Jahr)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Handelsregistereintragung / Gewerbeanmeldung / Zulassung seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfeträger Bund / Land	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bemessungssatz des Anspruchs ambulant % / seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Versicherungsschutz und Beitrag

	Person 1 (Tag/Monat/Jahr)	Person 2 (Tag/Monat/Jahr)
Versicherungsbeginn / Änderungszeitpunkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarif	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tagessatz	<input type="text"/>	<input type="text"/>
monatlicher Beitrag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
monatlicher Beitrag 1. Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>
monatlicher Beitrag 2. Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

4. Krankentagegeldversicherung		Person 1		Person 2	
		Brutto	Netto	Brutto	Netto
Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitnehmer Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung ■ Selbstständiger Anzahl versicherungspflichtiger Mitarbeiter ■ Falls beherrschender GmbH-Gesellschafter / -Geschäftsführer / Alleinvorstand einer AG Anteil am Stammkapital 		<input type="text"/> Tage	<input type="text"/> Tage	<input type="text"/> Tage	<input type="text"/> Tage
		<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
5. Pflegepflichtversicherung					
5.1	Wenn Begrenzung auf den gesetzl. Höchstbeitrag beantragt wird: Ein Nachweis des bisherigen Pflegeversicherers über die Vorversicherungszeit	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
5.2 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre					
5.2.1	Wird für die zu versichernde Person „Beitragsfreiheit von Kindern“ beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="text"/> Einkommen in Euro	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="text"/> Einkommen in Euro
	wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.2.2	Für Personen ab 23 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: Nachweis	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
5.2.3	Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: bei welchem Unternehmen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ein Nachweis über die Versicherung des Elternteils	<input checked="" type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	<input checked="" type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
5.3 Beitragsfestsetzung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten					
	Wird für die zu versichernde Person Begrenzung auf den „Studentenbeitrag“ beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt
5.4 Beitragsvergünstigung für Ehegatten / eingetragene Lebenspartner					
5.4.1	Wird für die zu versichernde Person „Beitragsbegrenzung für Ehegatten / Lebenspartner“ beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="text"/> Einkommen in Euro	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="text"/> Einkommen in Euro
	wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.4.2	Zusatzangabe, wenn für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner bereits eine private Pflegepflichtversicherung besteht: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) des Ehegatten / Lebenspartners?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bei welchem privaten Krankenversicherer ist der Ehegatte / Lebenspartner pflegepflichtversichert?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Falls die Versicherung nicht bei der BK / UKV besteht: Ein Nachweis über die Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt	<input checked="" type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> folgt

6. Erklärungen zu Tarif FörderPfleger nach §§ 126 ff. SGB XI		Person 1		Person 2	
6.1	<p>Hiermit bestätige ich, dass für die zu versichernde Person die nachfolgenden erforderlichen Voraussetzungen für den Abschluss der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nach Tarif FörderPfleger erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 FörderPfleger“). <p>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.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Sozialversicherungs- / Rentenversicherungs- bzw. Zulagennummer, falls bekannt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.3	<p>Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulage für jedes Beitragsjahr bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen. Sofern noch keine Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagennummer 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.</p> <p>Für den Fall, dass die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagennummer bei Antragstellung nicht vorliegt, stimme ich hilfsweise auch der Verwendung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern zu.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 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 7.5. bitte näher erläutern.

7.1 derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen		Person 1	Person 2
		Größe in cm	Gewicht in kg
7.1.1	Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.1.2	Zusatzfrage für Kinder bis einschließlich Eintrittsalter 6 Jahre: Lag das Geburtsgewicht unter 2500 Gramm? (Bei Bejahung: Bitte Vorlage von Kopien aller bisher durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungsbögen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.3	Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.4	Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen oder Wehrdienstbeschädigungen, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsbescheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. Grad der Behinderung / Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> %
7.1.5	Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.6	Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>
7.1.7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.8	Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen, ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesundheitszustand in den letzten Jahren Hiermit bestätige ich, dass der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG/Union Krankenversicherung AG alle relevanten Informationen gemäß der Gesundheitsfragen 7.2.1 bis 7.4.1 bekannt sind bzw. alle Rechnungen eingereicht wurden. Eine Beantwortung der Gesundheitsfragen 7.2.1 bis 7.4.1 ist dann nicht erforderlich. (Nur bei Vertragsänderung möglich.)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.2 Gesundheitszustand in den letzten 3 Jahren			
7.2.1	Erfolgt in den letzten drei Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten drei Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)? Die Frage kann verneint werden bei ausschließlichem Vorkommen von: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung ohne Befund, Behandlungen wegen Erkältungskrankheiten, akuter Magen-Darm-Infektionen, Geburt und Entbindung jeweils ohne Komplikationen und Folgen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.2.2	Wurden in den letzten drei Jahren oder werden zurzeit Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen genommen? Falls ja: wann? welche? weshalb? wie lange und in welcher Dosierung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.3 Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren			
7.3.1	Erfolgt in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen wegen Krebs), Beratungen, Behandlungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.4 Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren			
7.4.1	Wurden in den letzten zehn Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7.5 Bitte machen Sie bei den mit „ja“ beantworteten Fragen hier nähere Angaben

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

- 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 Bayerische Beamtenkrankenkasse AG bzw. der Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Die Fragen 7.6 bis 7.8 nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen beinhaltet.

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

Zusatzfragen für Pflegetagegeldtarife (außer Förderpflege)

	Person 1	Person 2
7.9 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.10 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.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.11 Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption? (Beantwortung ab Eintrittsalter 14 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.12 Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine ärztlich festgestellte Entwicklungsstörung/-verzögerung? (Beantwortung nur bei Kindern bis einschließlich Eintrittsalter 7 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Vorversicherungen oder bestehende bzw. beantragte Versicherungen

	Person 1	Person 2
8.1 Bestehende bzw. beantragte Versicherungen in den letzten fünf Jahren Krankheitskosten-Versicherung (PKV, GKV, Heilfürsorge)	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Nichtversicherungszeiten ab 01.01.2009 nicht zu beantworten bei einem unmittelbaren Übertritt aus einer deutschen PKV, GKV oder Heilfürsorge	Grund? <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	Grund? <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Pflegepflichtversicherung	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/>
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Krankentagegeld (bei PKV, GKV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung) oder besteht bei einer Lebensversicherung eine Pflegerentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz <input type="text"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz oder Höhe der Leistung <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? <input type="text"/> Versicherungsnr. <input type="text"/> von / bis <input type="text"/> Tagessatz oder Höhe der Leistung <input type="text"/>
8.2 Wurde in den letzten fünf Jahren ein Antrag/Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt oder beendet?	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? <input type="text"/>
8.3 Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer mehr als ein Monatsbeitrag Zahlungsrückstand?	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die BK/UKV kann hinsichtlich der Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer halten.

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

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

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

Steuer-ID Person 1	Steuer-ID Person 2	Steuer-ID Versicherungsnehmer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

10.1 Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

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

10.2 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)

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. Dies gilt nicht für Ziffer 3.6.

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 Beamtinnenkrankenkasse AG bzw. die Union Krankenkasse 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 Versicherer. 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 Heilberufes ergeben.

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

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

Möglichkeit I – Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

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

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

Möglichkeit II – Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall:

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

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

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss¹⁾. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

¹⁾ Für einen Antrag einer Krankenversicherung gilt abweichend: Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung für eine Krankenversicherung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

3.6. 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. 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. genannten Fällen – soweit erforderlich – an den Dienstleister des für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittlers übermittelt.

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 antragende 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.

12. 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, Hinweise zum Datenschutz sowie eine Einwilligung zu Wirtschaftsauskünften. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Die Tarife VARIO, CompactPRIVAT, Beihilfe (ausgenommen BeihilfeOption), FörderPflege, Kurtagegeld, KT-AN, KT-F, KT-S, Pflegezusatztarife sowie VitalPLUS 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
X	X	X

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

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK000000156985

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

Gläubiger-Identifikationsnummer der Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer
wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

- zum Antrag/Vertrag
- zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) Union Krankenversicherung AG (UKV), Beiträge für die genannten Versicherungsverträge von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der BK bzw. der UKV auf mein / unser Konto gezogene SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.
Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.
Auf diese Bankverbindung sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

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

Sofern die Beiträge von meinem / unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.
Je nachdem, ob die Vertragserklärung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft oder bei der Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft gestellt wird, speichert der gewählte Versicherer die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.

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

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

Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende),
Martin Fleischer, Katharina Jessel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Andreas Kolb
Handelsregister: AG München HRB 111 650
Sitz: München

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

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

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

Konto: SaarLB
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04
BIC SALADE5XXX
Gläubiger-ID: DE69UKV00000157419
Versicherungsteuer-Nr: 814/V90814093888
Umsatzsteuer-ID-Nr: DE138118055

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

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Versicherer schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil; sofern ein Leistungsausschluss erforderlich wird, besteht rückwirkend für die vom Leistungsausschluss umfassten Versicherungsfälle, d.h. auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, kein Versicherungsschutz. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Anfechtung

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

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage / Vertragsgrundlage

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Vertrags- / Mindestdauer

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. Bei einem unmittelbaren Übertritt aus einer deutschen Krankenversicherung / Heilfürsorge wird die Dauer der bisherigen Versicherungszeit auf die Wartezeiten in der privaten Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung angerechnet.

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 Gentests abhängig gemacht werden. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmateriale 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.

Pflegepflichtversicherung

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

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) und die Union Krankenversicherung AG (UKV) bieten auch Tarife parallel an. Parallel bedeutet, dass jeweils derselbe Tarif (gleiche Versicherungsleistungen zu gleichen Bedingungen und zum gleichen Beitrag) von beiden Versicherern rechtlich selbstständig angeboten wird.

Um die Tarife gemeinsam anbieten zu können, wurde eine Vereinbarung zwischen den beiden Versicherern getroffen, wonach alle Versicherungsleistungen, die in den gemeinsam angebotenen Tarifen erbracht werden, zusammen betrachtet und mit den Berechnungsgrundlagen verglichen werden.

Ungeachtet dieses Zusammenwirkens bleibt es bei zwei rechtlich getrennten Versicherungen: Wer sich also bei der BK versichert, hat nur diese zum Vertragspartner – dasselbe gilt für die UKV.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die BK bzw. UKV, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten 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 bzw. UKV für den Versicherungsnehmer besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif bzw. zusätzliche versicherte Person der bestehenden Versicherungsnummer zugeordnet werden und damit der Vermittler, der bisher diese Versicherungsnummer betreut, auch den jetzt abgeschlossenen Tarif bzw. die nachversicherte Person betreut und die für die Betreuung erforderlichen Daten erhält.

Wirtschaftsauskünfte

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

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

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an

wenn die Vertragserklärung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG gestellt wird:

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch
Isabella Martorell Naßl (Vorstandsvorsitzende),
Martin Fleischer und Katharina Jessel
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Hausanschrift: Wangauer Straße 30, 81539 München
E-Mail: service@vkb.de

wenn die Vertragserklärung bei der Union Krankenversicherung AG gestellt wird:

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

Widerrufsfolgen

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

Unterabschnitt 1

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 Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

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 Pflegeitagegeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pflegeitagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegeitagegeld 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.

Übersicht Dienstleister

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

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

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherungskammer Bayern ▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts ▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG ▪ Bayerischer Versicherungsverband ▪ Versicherungsaktiengesellschaft ▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG ▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG ▪ Union Krankenversicherung AG ▪ Union Reiseversicherung AG ▪ Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG ▪ SAARLAND Feuerversicherung AG ▪ Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ BavariaDirekt Versicherung AG ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG 	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Versicherungskammer Maklermanagement Kranken GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH 	Kunden- und Vertriebsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH 	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SVM GmbH 	Erfassung der Versicherungsverträge, Erstellung von Angeboten zu Versicherungsprodukten, Bereitstellung der Verträge als digitales Vertragsarchiv
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH ▪ Hanseatic Dialog GmbH 	Polizierung, Leistungs- und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater ▪ Medicproof GmbH 	Erstellung und Überprüfung von (ärztlichen) Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH 	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen 	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Majorel Wilhelmshaven GmbH 	Servicecenter für telefonische Auskünfte, Vertragsbearbeitung Riester und Kraftfahrt, Angebotsbearbeitung Kranken, Leben, HUS, KFZ und Unfall.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH 	Servicecenter für telefonische Auskünfte und Vertragsbearbeitung Unfall
<ul style="list-style-type: none"> ▪ VöV Rückversicherung KöR ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG ▪ Deutsche Rückversicherung AG ▪ E+S Rückversicherung AG ▪ Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH ▪ ClariLab GmbH & Co. KG ▪ SCHUFA Holding AG ▪ Deutsche Post Adress GmbH & CoKG 	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ identity Trust Management GmbH 	Identifizierungsleistung

Stand: 01.10.2022

Absender

_____, den _____

Empfänger

Nachweis Versicherungszeit für Versichertennummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Nachweis meiner Versicherungszeiten benötige ich bitte ein Schreiben von Ihnen mit den folgenden Angaben:

1. Art der Versicherung (z. B. GKV-versichert, familienversichert, Student o. ä.)
2. Versicherungsbeginn (bitte mit Datum)
3. Versicherungsende (bitte mit Datum)

Ich danke Ihnen für die Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)