

Antrag
auf
Private Krankenversicherung
Pflegepflichtversicherung

„Pflegetagegeld nicht vergessen!“

„Beitragsentlastung im Alter nicht vergessen!“

**Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Peter-Zimmer-Straße 2
66099 Saarbrücken
Telefon (06 81) 844 0
Telefax (06 81) 844 2509
service@ukv.de
www.ukv.de

Bankverbindung
SaarLB
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04
BIC (SWIFT) SALADE55XXX
Versicherungsteuer-Nr. 9116/814/09388
Gläubiger-ID DE69UKV00000157419

Vorstand
Dr. Harald Benzing (Vorsitzender)
Manuela Kiechle, Andreas Kolb
Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Dr. Frank Walthes
Handelsregister
Amtsgericht Saarbrücken HRB 7184
Sitz: Saarbrücken

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

UKV A1-30 12.2017 (Artikel-Nr. 1900062) SAP-Nr. 328490 ek

Herr Frau

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

Antrag wurde gefaxt / gemailt am

Informationspflichten des Versicherungsvermittlers gegenüber dem Versicherungsnehmer wurden in Textform erfüllt.

Bestands-Kto. Konto-AP Personalnummer SK-MA

Personennummer Inst.-Nr. Region nur für OSPlus

Abschließende OE Betreuende OE SK-MA Eigen-geschäft ja

Mitarbeiter OE ANR

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

Beitragszahlung

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

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise jährlich

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Antragsfragen sind nach bestem Wissen, vollständig und richtig zu beantworten. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. In den Fragen enthaltene Beispiele stellen keine vollständige Aufzählung dar, sondern sollen die Bandbreite der erfragten Gesundheitsstörungen verdeutlichen.

Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, sind wir nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, abhängig von Ihrem Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes und / oder zu unserer Leistungsfreiheit führen, auch rückwirkend bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht unter dem Punkt „Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

Unabhängig davon können wir unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages nach § 22 VVG i. V. m. § 123, 124 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch anfechten, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt durch Sie beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung). Sie haben dann keinen Versicherungsschutz.

Ich beantrage bei der Union Krankenversicherung AG 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 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"/>
Straße Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl Wohnort (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) (falls abweichend vom Antragsteller)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Staatsangehörigkeit / in Deutschland seit	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/>
Tätigkeitsstatus	Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig <input 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"/>	Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig <input 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"/>
derzeit ausgeübte Tätigkeit bzw. Tätigkeit vor Rentenbeginn / Branche	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Ausbildungsende / Ende Heilfürsorge (Monat/Jahr)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selbstständiger Anzahl festangestellte Mitarbeiter? Handelsregistereintragung / Gewerbeanmeldung / Zulassung seit?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfeträger Bund / Land? Bemessungssatz des Anspruchs ambulant % / seit	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Grenzgänger (Wohnsitz in Deutschland, Arbeitsplatz im Ausland)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

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"/>	
monatlicher Beitrag 2. Person		<input type="text"/>

<p>4. Krankentagegeldversicherung</p> <p>Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?</p> <p>■ Arbeitnehmer Anspruch auf Lohn- / Gehaltsfortzahlung?</p> <p>■ Selbstständige Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen bei Status eines beherrschenden GmbH-Gesellschafter / -Geschäftsführers / Alleinvorstand einer AG? Anteil am Stammkapital</p>	<p>Person 1</p> <p>Brutto <input type="text"/> Netto <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> Tage</p> <p><input type="text"/> %</p>	<p>Person 2</p> <p>Brutto <input type="text"/> Netto <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> Tage</p> <p><input type="text"/> %</p>	
<p>5. Pflegepflichtversicherung</p> <p>5.1 Wenn Begrenzung auf den gesetzl. Höchstbeitrag beantragt wird: Ein Nachweis des bisherigen Pflegeversicherers über die Vorversicherungszeit</p>	<p>Person 1</p> <p><input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	<p>Person 2</p> <p><input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	
<p>5.2 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre</p> <p>5.2.1 Wird für die zu versichernde Person „Beitragsfreiheit von Kindern“ beantragt? wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) der zu versichernden Person? wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?</p> <p>5.2.2 Für Personen ab 23 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung? wenn ja: Nachweis</p> <p>5.2.3 Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? wenn ja: bei welchem Unternehmen?</p> <p>5.2.4 Wird für die zu versichernde Person Begrenzung auf den „Studentenbeitrag“ beantragt? wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	
<p>5.3 Beitragsvergünstigung für Ehegatten / eingetragene Lebenspartner</p> <p>5.3.1 Wird für die zu versichernde Person „Beitragsbegrenzung für Ehegatten / Lebenspartner“ beantragt? wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Erläuterung im Antrag) der zu versichernden Person? wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?</p> <p>5.3.2 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? Bei welchem privaten Krankenversicherer ist der Ehegatte / Lebenspartner pflegepflichtversichert? Falls die Versicherung nicht bei der Union Krankenversicherung AG besteht: Ein Nachweis über die Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einkommen in Euro <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt</p>	
<p>6. Erklärungen zu Tarif FörderPflege nach §§ 126 ff. SGB XI</p> <p>6.1 Ich bestätige, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> zurzeit keine Pflegebedürftigkeit besteht und noch nie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der Pflegepflichtversicherung bezogen wurden, bei keiner anderen Privaten Krankenversicherung eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung besteht, eine Pflegepflichtversicherung besteht und verpflichte mich, dem Versicherer das Ende der Pflegepflichtversicherung unverzüglich mitzuteilen (vgl. „Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege“). <p>6.2 Sozialversicherungs- / Rentenversicherungs- bzw. Zulagenummer, falls bekannt</p> <p>6.3 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.</p> <p>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.</p>		<p>Person 1</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Person 2</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Person 1 <input type="text"/></p> <p>Person 2 <input type="text"/></p>			

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.

	Person 1	Person 2
	Größe in cm Gewicht in kg	Größe in cm Gewicht in kg
7.1 derzeitiger Gesundheitszustand und geplante Behandlungen / Untersuchungen		
7.1.1 Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7.1.2 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.3 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"/> %
7.1.4 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.5 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links rechts <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links rechts <input type="text"/> <input type="text"/>
7.1.6 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.1.7 Sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen, ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	<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)?	<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
				<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

Name, Anschrift des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse unterrichtet ist (evtl. Hausarzt) sowie Name, Anschrift der in den abgefragten Zeiträumen behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Sanatorien, Heilstätten	Name und Anschrift
--	--------------------

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 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 Jahren)	<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 Pfl egetagegeldtarife

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

8. Vorversicherungen oder bestehende bzw. beantragte Versicherungen

	Person 1	Person 2
8.1 Bestand bereits früher bei der Union Krankenversicherung AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Vers.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Vers.-Nr.: _____
8.2 Bestehende bzw. beantragte Versicherungen in den letzten fünf Jahren Krankheitskosten-Versicherung (PKV, GKV, Heilfürsorge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____
Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____
Nichtversicherungszeiten ab 01.01.2009	Grund? _____ von / bis _____	Grund? _____ von / bis _____
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____
Krankentagegeld (bei PKV, GKV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____
Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung) oder Lebensversicherung mit Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo? _____ Versicherungsnr. _____ von / bis _____ Tagessatz oder Höhe der Leistung _____
8.3 Wurde in den letzten fünf Jahren ein Antrag/ Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt oder beendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> beendet Warum? _____
8.4 Besteht beim derzeitigen Krankenversicherer mehr als ein Monatsbeitrag Zahlungsrückstand?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die Union Krankenversicherung AG kann hinsichtlich der Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer halten.

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

Die Einwilligung des Versicherungsnehmers und Angabe der Steuer-ID aller im Vertrag versicherten Personen ist Voraussetzung zur vollständigen steuerlichen Berücksichtigung der abzugsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 EStG.

9.1 **Nur erforderlich, wenn für den Vertrag bisher noch keine Erklärung abgegeben wurde:**
Ich willige bis auf Widerruf in den Datenaustausch mit der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) und in die Nutzung meiner Steuer-ID zu diesem Zweck nach § 10 Absatz 2 a EStG ein. Gleiches gilt für die Nutzung der Steuer-ID der mitversicherten Personen. ja nein

Sofern der Vertrag bereits besteht, gilt die bisherige Erklärung weiter.

9.2 **Wenn in den Datenaustausch eingewilligt wurde:**
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
_____	_____	_____

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.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Union Krankenversicherung AG.

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

Möglichkeit I – Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht:

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

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

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

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

Möglichkeit II – Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall:

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

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

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

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.

12. Zusatzklärungen

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine **Widerrufsbelehrung, Hinweise zum Datenschutz sowie eine Einwilligung zu Wirtschaftsauskünften. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen. Mit den Unterschriften wird auch die abgegebene Erklärung zum Datenaustausch gemäß § 10 Absatz 2a EStG bestätigt.**

Die Tarife **Gesundheit, Zahn, CompactPRIVAT, Beihilfe (ausgenommen BeihilfeOption), FörderPflege, Pflegezusatztarife, VitalPLUS sowie ExpertPLUS** werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

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

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

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

Gläubiger-Identifikationsnummer der Union Krankenversicherung AG
DE69UKV00000157419

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer
wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

zum Antrag/Vertrag

zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Union Krankenversicherung AG, Beiträge für die genannten Versicherungsverträge von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Union Krankenversicherung AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

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

Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

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

**Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Peter-Zimmer-Straße 2
66099 Saarbrücken
Telefon (06 81) 844 0
Telefax (06 81) 844 2509
service@ukv.de
www.ukv.de

Bankverbindung
SaarLB
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04
BIC (SWIFT) SALADE55XXX
Versicherungsteuer-Nr. 9116/814/09388
Gläubiger-ID DE69UKV00000157419

Vorstand
Dr. Harald Benzing (Vorsitzender)
Manuela Kiechle, Andreas Kolb
Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Dr. Frank Walthes
Handelsregister
Amtsgericht Saarbrücken HRB 7184
Sitz: Saarbrücken

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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 Union Krankenversicherung AG (UKV) und die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) 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 UKV versichert, hat nur diese zum Vertragspartner – dasselbe gilt für die BK.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die UKV, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten enthält das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“, das ich bei Antragstellung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, erhalte ich dieses Merkblatt zusammen mit dem Versicherungsschein.

Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der UKV für den Versicherungsnehmer besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif bzw. zusätzliche versicherte Person der bestehenden Versicherungsnummer zugeordnet werden und damit der Vermittler, der bisher diese Versicherungsnummer betreut, auch den jetzt abgeschlossenen Tarif bzw. die nachversicherte Person betreut und die für die Betreuung erforderlichen Daten erhält.

Datenweitergabe an Dienstleister von selbstständigen Vermittlern

Sofern der Sie betreuende Vermittler einen oder mehrere Dienstleister mit der Verwaltung Ihrer Verträge beauftragt hat (beispielsweise Maklerpools oder Betreiber von Vergleichssoftware oder Maklerverwaltungsprogrammen), werden in den in Ziffer 3.5. der Einwilligung-/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 Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung genannten Fällen – soweit erforderlich – an den Dienstleister des für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittlers übermittelt.

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 infocore 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

Widerrufsrecht

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

Der Widerruf ist zu richten an

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Harald Benzing und die Vorstände Manuela Kiechle und Andreas Kolb
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Telefax: (06 81) 8 44 - 25 09, E-Mail: service@ukv.de

Widerrufsfolgen

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

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

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

Besondere Hinweise

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

Ihre Union Krankenversicherung AG

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPfleger

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPfleger 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 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 Zulagenberechtigung (vgl. Nr. 6 der „Erklärungen zu Tarif FörderPfleger 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 ▪ SAARLAND Lebensversicherung AG ▪ Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG ▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH 	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Versicherungskammer ▪ Maklermanagement Kranken GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer ▪ Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH 	<p>Kunden- und Vertriebsmanagement</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH 	<p>Dienstleistungen für Datenverarbeitung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel GmbH 	<p>Service-Center (z. B. für telefonische Auskünfte)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	<p>Risiko- und Rehabilitationsmanagement</p>
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	<p>EDV-Dienstleistungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH 	<p>Policierung und Vertragsbearbeitung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater 	<p>Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH 	<p>Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen 	<p>Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVATO AG 	<p>Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	<p>Rückversicherung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	<p>Poolprüfungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH 	<p>Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH 	<p>Assistance-Leistungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardiff Allgemeine Versicherung 	<p>Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden</p>

Stand: 01.11.2017