

Antrag auf Private Kranken-Ergänzungsversicherung

Antrag auf Private Kranken-Ergänzungsversicherungen

UKV A220-60 01.2014 SAP-Nr. 32 0086 vo

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr Frau Firma

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gefaxt am

Titel / Name

Vorname Geb.-Tag Monat Jahr

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen / Postleitzahl Wohnort

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

E-Mail-Adresse / Fax-Nr. (freiwillige Angabe)

Orga 180 Partnernummer

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 auf Seite 6 vollständig auszufüllen.

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt,
gilt monatliche Zahlungsweise

jährlich

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, 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 oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7.

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

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

Vorname

Name (inkl. Titel, Namenszusatz)

Geburtsname
(falls abweichend vom aktuellen Namen)

Straße Hausnummer
(falls abweichend vom Antragsteller)

Postleitzahl Wohnort
(Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag)
(falls abweichend vom Antragsteller)

Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort

Staatsangehörigkeit

derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche

Grenzgänger

Person 1 weiblich männlich

 /

nein ja

Person 2 weiblich männlich

 /

nein ja

Versicherungsschutz und Beitrag

- Person 1 –

Tarif ZahnPLUS*

Tarif ZahnPLUS61*

Tarif ZahnPLUS/YL*

Tarif ZahnPREMIUM*

Tarif ZahnPREMIUM61*

Tarif ZahnPREMIUM/YL*

Tarif ZahnOnTOP*

Tarif ZahnOnTOP61*

+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle – siehe Rückseite

Versicherungsbeginn
Tag Monat Jahr

Monatsbeitrag
0 1 EUR

Tarif ZahnVITAL*

Tarif KombiPRIVAT*

Tarif KlinikPRIVAT/2*

Tarif KlinikPRIVAT/YL*

Tarif KlinikPRIVAT/1*

Tarif ExpertPLUS*

BEA 65

Ermäßigungsbetrag EUR

Tagessatz EUR

Krankenhaustagegeld - Tarif KH

Tarif S-KG 150*: Nettoeinkommen mind. 600 EUR oder

Tarif S-KG 300*: Nettoeinkommen ab 1 200 EUR oder

Tarif S-KG 450*: Nettoeinkommen ab 1 800 EUR

Krankentagegeld - Tarife KT 15 - KT 365

Tarif EUR EUR

Übertrag EUR

- Person 2 –

Tarif ZahnPLUS*

Tarif ZahnPLUS61*

Tarif ZahnPLUS/YL*

Tarif ZahnPREMIUM*

Tarif ZahnPREMIUM61*

Tarif ZahnPREMIUM/YL*

Tarif ZahnOnTOP*

Tarif ZahnOnTOP61*

+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle – siehe Rückseite

Versicherungsbeginn
Tag Monat Jahr

Monatsbeitrag
0 1 EUR

Tarif ZahnVITAL*

Tarif KombiPRIVAT*

Tarif KlinikPRIVAT/2*

Tarif KlinikPRIVAT/YL*

Tarif KlinikPRIVAT/1*

Tarif ExpertPLUS*

BEA 65

Ermäßigungsbetrag EUR

Tagessatz EUR

Krankenhaustagegeld - Tarif KH

Tarif S-KG 150*: Nettoeinkommen mind. 600 EUR oder

Tarif S-KG 300*: Nettoeinkommen ab 1 200 EUR oder

Tarif S-KG 450*: Nettoeinkommen ab 1 800 EUR

Krankentagegeld - Tarife KT 15 - KT 365

Tarif EUR EUR

Tagessatz EUR

Übertrag EUR

Versicherungsschutz und Beitrag

- Person 1 -

| | Übertrag | Monatsbeitrag |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tarif PflegeOPTIMAL Plus* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> Tarif PflegePREMIUM Plus* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> [Redacted] | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> Tarif FörderPflege* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR** |
| | Gesamt | <input type="text"/> EUR |

Monatsbeitrag

| Tagessatz | Übertrag | Monatsbeitrag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| | Gesamt | <input type="text"/> EUR |

- Person 2 -

| | Übertrag | Monatsbeitrag |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tarif PflegeOPTIMAL Plus* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> Tarif PflegePREMIUM Plus* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> [Redacted] | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="checkbox"/> Tarif FörderPflege* | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR** |
| | Gesamt | <input type="text"/> EUR |

| Tagessatz | Übertrag | Monatsbeitrag |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR | <input type="text"/> EUR |
| | Gesamt | <input type="text"/> EUR |

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

Krankentagegeldversicherung

▪ Arbeitnehmer

Anspruch auf Lohn-/ Gehaltsfortzahlung?

Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?

▪ Selbständige

Höhe des zu versteuernden Gewinns aus dieser Tätigkeit im letzten Kalenderjahr?

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen bei Status eines beherrschenden GmbH-Gesellschafter/-Geschäftsführers/-Alleinvorstand einer AG?

Anzahl der festangestellten Mitarbeiter

Handelsregistereintragung/
Gewerbeanmeldung/Zulassung seit?

Anteil am Stammkapital

Person 1

Tage

Brutto

Netto

Tag

Monat

Jahr

%

Person 2

Tage

Brutto

Netto

Tag

Monat

Jahr

%

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

| | Person 1 | Person 2 |
|---|---|---|
| 1. Werden bereits bzw. wurden jemals Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Pflegeleistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aus der Pflegepflichtversicherung bezogen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Besteht eine Pflegepflichtversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Besteht bei einer anderen Privaten Krankenversicherung eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Sozialversicherungs-/ Rentenversicherungs- bzw. Zulagenummer, falls bekannt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Ich verpflichte mich, dem Versicherer alle Änderungen der Verhältnisse, die die Zulagenberechtigung auslösen oder beenden (vgl. „Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege“ auf Seite 9), unverzüglich nach deren Eintritt mitzuteilen. | | |
| 6. Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulage für jedes Beitragsjahr bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen. Sofern noch keine Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer vorhanden ist bzw. nicht im Antrag eingetragen ist, bevollmächtige ich den Versicherer, diese bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen bzw. abzufragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden und entbinde den Versicherer diesbezüglich von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. | | |

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

Angaben zum Gesundheitszustand

Hinweis: Durchgeführte prädiktive Gентests (Erläuterung s. Seite 8) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

Fragen für Tarife ZahnPLUS, ZahnPREMIUM und ZahnOnTOP

1. Finden zurzeit Zahnersatzmaßnahmen (inkl. Inlays / Onlays) statt oder hat der Zahnarzt innerhalb der letzten zwei Jahre eine Maßnahme angeraten, die bisher jedoch noch nicht durchgeführt wurde?

2. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen und bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind? (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre)

Zusatzfrage für Tarife ZahnPLUS und ZahnPREMIUM

3. Werden Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) getragen oder sind sie erforderlich?

Zusatzfragen für Tarif ZahnPREMIUM

4. Werden zurzeit kieferorthopädische Behandlungen durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Beantwortung nur bis Eintrittsalter 19 Jahre)

Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt:

Ich bin damit einverstanden, dass für Kieferorthopädie kein Versicherungsschutz besteht.

5. Besteht eine Parodontose / Parodontitis?

Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt:

Ich bin damit einverstanden, dass für Parodontosebehandlungen kein Versicherungsschutz besteht.

Fragen für Tarife KombiPRIVAT, KlinikPRIVAT, KH, KT und ExpertPLUS

Bei Beantwortung der Fragen 8, 9, 11 und/oder 12 mit „ja“, sind unten nähere Angaben zu machen.

6. Körpergröße und Körpergewicht

7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?

8. Sind Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen vorgesehen oder angeraten (ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten)?

9. Werden oder wurden in den letzten **drei** Jahren länger als vier Wochen Arzneimittel und / oder Beruhigungsmittel genommen (außer Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mineralstoffe und Vitamine zur Vorbeugung von Mangelzuständen)?

Zusatzfrage für Tarif KombiPRIVAT

10. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine der folgenden Krankheiten? HIV-Infektion, Alkohol- / Drogenmissbrauch, Asthma bronchiale, Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule und Rückenmuskulatur, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Depressionen, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Neurodermitis, Schuppenflechte, Pollenallergie, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Morbus Bechterew

Person 1

nein ja

nein ja

Wenn ja:

nein ja

Person 2

nein ja

nein ja

Wenn ja:

nein ja

Fragen für Tarife KlinikPRIVAT, KH, KT und ExpertPLUS

11. Erfolgte in den letzten **fünf** Jahren eine ambulante oder stationäre Untersuchung (auch Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen), Beratung, Behandlung oder Operation?
 12. Bestanden darüber hinaus in den letzten **fünf** Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche bzw. geistige Behinderungen?
 13. Besteht eine Schwangerschaft?

Person 1

nein ja
 nein ja
 nein ja

Person 2

nein ja
 nein ja
 nein ja

Bitte machen Sie bei den mit „ja“ beantworteten Fragen 8, 9, 11 und/oder 12 hier nähere Angaben

(nicht erforderlich, wenn nur ZahnPLUS, ZahnPREMIUM, ZahnOnTOP und / oder KombiPRIVAT beantragt wird).

| zu Person | zu Frage | Genaue Angaben über die Art der Krankheit (Diagnose), Behandlung, Untersuchung, Verletzung, Unfallfolge, Beschwerde, Prothese, Körperimplantates, Anomalie, des Gebrechens, Organfehlers, Behinderung, Wehrdienstbeschädigung; Name / Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittel, der Drogen | Behandlung von/bis | Operation | Folgenlos ausgeheilt? | | Besteht Nagelung (oder Ähnliches, bei Knochenbrüchen u. ä.), die noch entfernt werden muss? |
|-----------|----------|---|--------------------|-----------|---|---|---|
| | | | | | nein: es erfolgen weitere Behandlungen oder sind weitere Behandlungen geplant, und zwar | ja: ausgeheilt und beschwerdefrei seit Monat / Jahr | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <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"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <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"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <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"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <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"/> 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 Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Fragen für Tarif S-KG

14. Körpergröße und Körpergewicht
 (nicht erforderlich, wenn Frage 6 bereits beantwortet ist)

15. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **drei** Jahren eine der folgenden Krankheiten?
 HIV-Infektion, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Arthrose, Erkrankungen der Wirbelsäule oder der Rückenmuskulatur (häufiger als zweimal in den letzten drei Jahren), chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Depressionen, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Morbus Bechterew, Leberzirrhose

16. Bestand in den letzten **drei** Jahren eine Erkrankung, wegen der eine ärztliche Krankschreibung von insgesamt mehr als vier Wochen erfolgte?

Person 1

Größe cm Gewicht kg

nein

ja

Person 2

Größe cm Gewicht kg

nein

ja

nein ja

nein ja

Fragen für alle Pflegetarife

17. Körpergröße und Körpergewicht
 (nicht erforderlich, wenn Frage 6 oder Frage 14 bereits beantwortet ist)

18. 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?

19. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine der folgenden Krankheiten?

- Erkrankungen des Zentralnervensystems: Demenz (z. B. Alzheimer, vaskuläre Demenz [durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursachte Demenz]), sonstige Hirnleistungsstörung (dauernde Hirnschäden z. B. durch Unfall, Infektion, Vergiftung oder Stoffwechselstörung), Hirntumor, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Parkinson-Krankheit („Schüttellähmung“), Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, Epilepsie (Krampfanfälle), infantile Zerebralparese (frühkindliche Hirnschädigung), Amyotrophe Lateralsklerose (fortschreitende Lähmung der Muskulatur), Muskeldystrophien (neuro-muskuläre Erkrankungen), Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Hemiparese / Hemiplegie (einseitige Lähmung), Kinderlähmung (inkl. Folgen)
- Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe: Knochenmarkserkrankungen (= Erkrankungen der Blutbildung, „Blutkrebs“, Leukämie, Lymphome)
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Arteriosklerose (= „Verkalkung“ / Durchblutungsstörungen der Herzkrankgefäß, der Gehirnarterien und anderer Arterien), koronare Herzkrankheit (Verengung der Herzkrankgefäß), Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Schlaganfall, Gehirnblutung, Thrombosen (= Verschluss von Venen oder Arterien durch verklumpte Blutgerinnsel, häufiger als dreimal in den letzten 5 Jahren)
- Erkrankungen innerer Organe oder schwere Stoffwechselstörungen: chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD = oftmals durch Rauchen verursacht [„Raucherhusten“]), Staublunge, Lungenemphysem, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankung (dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion), Diabetes mellitus („Zucker“)
- Erkrankungen des Immunsystems: HIV-Infektion
- Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: Muskelschwund, Osteoporose (Knochenschwund), Morbus Bechterew (verbiegende / versteifende Wirbelzündung), rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Arthrose (mit Schmerzzuständen, Bewegungseinschränkungen oder operiert)
- Chromosomenanomalien: Down-Syndrom
- Krebserkrankungen: alle Arten von bösartigen (malignen, karzinogenen) Neubildungen
- psychische und psychiatrische Erkrankungen
- Suchterkrankung (Alkohol, Drogen)

20. Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?

21. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)? *) Wurde jemals ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt bzw. läuft derzeit ein Feststellungsverfahren nach dem SGB IX oder ist dies geplant oder angeraten?

*) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.

Person 1

Größe cm Gewicht kg

nein

ja

Person 2

Größe cm Gewicht kg

nein

ja

nein ja

nein ja

Bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Bestand bereits früher bei der Union Krankenversicherung AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt?

Wo sind Sie gesetzlich krankenversichert?

Wo sind Sie pflegepflichtversichert?

Besteht bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV) oder als Wahltarif bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung eine Zusatzversicherung?

Krankenhaustagegeldversicherung?

Krankentagegeldversicherung?

Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung)?

Wurde der Antrag/Vertrag in den letzten fünf Jahren von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt, beendet oder gekündigt?

Person 1

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

Pflicht freiwillig

AOK Baden-Württemberg / AOK Sachsen-Anhalt

Sonstige Krankenkasse (Name)

gesetzlich privat

Wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung

nein ja

Umfang des Versicherungsschutzes?

nein ja

nein ja

nein ja

nein abgelehnt beendet gekündigt

Warum?

Person 2

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

Pflicht freiwillig

AOK Baden-Württemberg / AOK Sachsen-Anhalt

Sonstige Krankenkasse (Name)

gesetzlich privat

Wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung

nein ja

Umfang des Versicherungsschutzes?

nein ja

nein ja

nein ja

nein abgelehnt beendet gekündigt

Warum?

Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten**Beratungspflicht gemäß § 6 VVG**

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

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Produktionsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

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

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 Leistungsprüfung 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn 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 Jahren 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).

Hinweis nach § 19 Absatz 5 VVG auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

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 beimesse. 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 anzugeben. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Anfechtung

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

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Vertrags- / Mindestdauer

Die Verträge werden für 2 Versicherungsjahre, in der Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherung für 1 Jahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern die Verträge nicht bedingungsgemäß gekündigt werden.

Wartezeiten

Sofern nichts anderes beantragt ist und vom Versicherer bestätigt wird, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

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

Erläuterung zu prädiktiven Gentests

Gemäß Gendiagnostikgesetz darf der Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentestes abhängig gemacht werden. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

Angaben zum Einkommen

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

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen

Die 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.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern (VKB) und die ÖRAG-Rechtsschutzversicherung-AG sowie die Landesdirektionen des Versicherers und die Versicherungsgruppe, der die zuständige Landesdirektion als Unternehmen angehört, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Antragstellung das Merkblatt „Hinweise zum Datenschutz“ erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, gilt diese Einwilligung nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt der „Hinweise zum Datenschutz“ Kenntnis nehmen konnte und ich dieses Merkblatt zusammen mit dem Versicherungsschein erhalte.

Hinweis

Der Ansprache zum Zweck der kundenorientierten Produktinformation sowie der Optimierung der Kundenzufriedenheit kann ich jederzeit widersprechen.

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 Wolfgang Reif und Manuela Kiechle
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Telefax: (0681) 844 - 2509
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 Prämie, wenn Sie zugesagt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, 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 zurückzuzahlen 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

Risikozuschlagstabelle (RZ)

für die Tarife ZahnPLUS, ZahnPREMIUM und ZahnOnTOP

| RZ für fehlende, nicht ersetzte Zähne** und für Sehhilfen | Tarif | | |
|---|---------------------------------|-------------|-----------|
| | ZahnPLUS | ZahnPREMIUM | ZahnOnTOP |
| 1 fehlender Zahn | 4,20 Euro | 5,40 Euro | 1,80 Euro |
| 2 fehlende Zähne | 8,40 Euro | 10,80 Euro | 3,60 Euro |
| 3 fehlende Zähne | 12,60 Euro | 16,20 Euro | 5,40 Euro |
| ab 4 fehlenden Zähnen | eine Aufnahme ist nicht möglich | | |
| RZ für Sehhilfe | 2,00 Euro | 2,50 Euro | - |

** einschließlich fehlender Backenzähne, ohne Weisheitszähne

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 oder eingeschränkter Alltagskompetenz aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen 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 Pflegestufe III 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.

Hilfweise 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. 5 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 nach Ziff. 3.2. der Einwilligungserklärung (Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de) | |
|--|---|
| Firmenbezeichnung / Kategorie | Tätigkeitsgebiet |
| Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen <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) ▪ Pensions-Management GmbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG ▪ Bavaria Versicherungs-Vermittlungs GmbH ▪ Consal-Makler-Service GmbH ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Consal-Ver sicherungsdienste GmbH ▪ Consal-Vertrieb Landesdirektionen GmbH | 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. |
| Externe Unternehmen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH ▪ Gesellschaft für innovative Versicherungs-software mbH ▪ Saarland Informatik Service GmbH ▪ OEV Online Dienste GmbH ▪ sonstige DV-Dienstleister | DV-Dienstleistungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gutachter | Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVATO AG | Zulagenverwaltung und -abwicklung Rieser |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG | Rückversicherung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform München ▪ Creditreform Saarbrücken Link & Maurer KG | Betreiben von Auskunftsdatenbanken |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adress Research | Adressenaktualisierung |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH | Assistance-Leistungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pro Tect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung | Restkreditversicherung; Gemeinsame Betreuung von Kunden |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel | Service-Center |