



Antrag auf

Private Kranken-Ergänzungsversicherung

Antrag auf Private Kranken-Ergänzungsversicherungen

UKV A220-60 01.2014 SAP-Nr. 32 00 86 vo

Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐

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)

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax 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 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!)

	Person 1	Person 2
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grenzgänger	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Versicherungsschutz und Beitrag

	Versicherungsbeginn		Versicherungsbeginn		
	Tag	Monat	Tag	Monat	
– Person 1 –	0	1	– Person 2 –	0	1
<input type="checkbox"/> Tarif ZahnPLUS*			<input type="checkbox"/> Tarif ZahnPLUS*		
<input type="checkbox"/> Tarif ZahnPREMIUM*			<input type="checkbox"/> Tarif ZahnPREMIUM*		
<input type="checkbox"/> Tarif ZahnOnTOP*			<input type="checkbox"/> Tarif ZahnOnTOP*		
+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle – siehe Rückseite			+ ggf. Risikozuschlag laut Tabelle – siehe Rückseite		
<input type="checkbox"/> Tarif ZahnVITAL*			<input type="checkbox"/> Tarif ZahnVITAL*		
<input type="checkbox"/> Tarif KombiPRIVAT*			<input type="checkbox"/> Tarif KombiPRIVAT*		
<input type="checkbox"/> Tarif KlinikPRIVAT/2*			<input type="checkbox"/> Tarif KlinikPRIVAT/2*		
<input type="checkbox"/> Tarif KlinikPRIVAT/1*			<input type="checkbox"/> Tarif KlinikPRIVAT/1*		
<input type="checkbox"/> Tarif ExpertPLUS*			<input type="checkbox"/> Tarif ExpertPLUS*		
<input type="checkbox"/> BEA 65			<input type="checkbox"/> BEA 65		
Ermäßigungsbeitrag			Ermäßigungsbeitrag		
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld - Tarif KH			<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld - Tarif KH		
<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 150*: Nettoeinkommen mind. 600 EUR oder			<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 150*: Nettoeinkommen mind. 600 EUR oder		
<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 300*: Nettoeinkommen ab 1 200 EUR oder			<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 300*: Nettoeinkommen ab 1 200 EUR oder		
<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 450*: Nettoeinkommen ab 1 800 EUR			<input type="checkbox"/> Tarif S-KG 450*: Nettoeinkommen ab 1 800 EUR		
<input type="checkbox"/> Krankentagegeld -			<input type="checkbox"/> Krankentagegeld -		
Tarife KT 15 - KT 365			Tarife KT 15 - KT 365		
Übertrag			Übertrag		

Versicherungsschutz und Beitrag

– Person 1 –

Monatsbeitrag

Übertrag

EUR

Tagessatz

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Tarif PflegeOPTIMAL Plus*

Tarif PflegePREMIUM Plus*

Tarif FörderPflege*

Gesamt

EUR

– Person 2 –

Monatsbeitrag

Übertrag

EUR

Tagessatz

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Tarif PflegeOPTIMAL Plus*

Tarif PflegePREMIUM Plus*

Tarif FörderPflege*

Gesamt

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 §§ 126 ff. SGB XI

Person 1

nein

ja

nein

ja

nein

ja

Person 2

nein

ja

nein

ja

nein

ja

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

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

Angaben zum Gesundheitszustand

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

Fragen für Tarife ZahnPLUS, ZahnPREMIUM und ZahnOnTOP

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?

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

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

Zusatzfragen für Tarif ZahnPREMIUM

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.

Besteht eine Parodontose / Parodontitis?

Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Parodontosebehandlungen kein Versicherungsschutz besteht.

Person 1

nein

ja

nein

ja

Wenn ja:

nein

ja

nein

ja

nein

ja

Person 2

nein

ja

nein

ja

Wenn ja:

nein

ja

nein

ja

nein

ja

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.

Körpergröße und Körpergewicht

Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?

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

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)?

Größe

cm

Gewicht

kg

nein

ja

nein

ja

nein

ja

Größe

cm

Gewicht

kg

nein

ja

nein

ja

nein

ja

Zusatzfrage für Tarif KombiPRIVAT

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

nein

ja

nein

ja

FNR320086

Seite 3 von 10 Seiten

Fragen für Tarife KlinikPRIVAT, KH, KT und ExpertPLUS	Person 1	Person 2
11. Erfolgte in den letzten fünf Jahren eine ambulante oder stationäre Untersuchung (auch Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen), Beratung, Behandlung oder Operation?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Bestanden darüber hinaus in den letzten fünf Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche bzw. geistige Behinderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	Genauere 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 Droge	Behandlung von/bis	Operation	Folgenlos ausgeheilt?		
					nein: es erfolgen 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
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

☐ Ich möchte dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen. Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der 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		Person 2	
Größe <input type="text"/> cm	Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm	Gewicht <input type="text"/> kg
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Fragen für alle Pflegegarfari

- KörpergröÙe und Körpergewicht
(nicht erforderlich, wenn Frage 6 oder Frage 14 bereits beantwortet ist)
- 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?
- 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 HerzkranzgefäÙe, der Gehirnarterien und anderer Arterien), koronare Herzkrankheit (Verengung der HerzkranzgefäÙe), 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“]), Staublung, 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 Wirbelentzündung), rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Arthrose (mit Schmerzzuständen, Bewegungseinschränkungen oder operiert)
 - Chromosomenanomalien: Down-Syndrom
 - Krebskrankungen: alle Arten von bösartigen (malignen, karzinogenen) Neubildungen
 - psychische und psychiatrische Erkrankungen
 - Suchterkrankung (Alkohol, Drogen)
- Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?
- 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		Person 2	
Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

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 meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück 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 Schweigepflichtenbindung 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 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.

Zusatzserklärungen

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung und Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Der Versicherungsschutz im Tarif ZahnVITAL erstreckt sich nicht auf

- vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) zahnärztlich angeratene, beabsichtigte oder laufende Behandlungen.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

- Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen)

Die mit * gekennzeichneten Tarife werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

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

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

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Union Krankenversicherung AG, Beiträge für diesen abzuschließenden Vertrag 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.

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

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

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

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 Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.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 Schweigepflichtenbindung. 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.

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 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 Pflagegeldversicherung 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 bedingungs-gemäßen 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 bedingungs-gemäßen 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 Erbmateri- als 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 Landesdirektion 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.

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

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 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 Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, 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 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 Pfl egetagegeld muss in Pflegestufe III mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pfl egetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pfl egetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

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

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

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

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

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulageberechtigung (vgl. Nr. 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
<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) ▪ Pensions-Management GmbH ▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG ▪ Bavaria Versicherungs-Vermittlungs GmbH ▪ Consal-Makler-Service GmbH ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH 	<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.</p>
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH ▪ Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware 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 Riester
<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 ▪ Cardiff Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung; Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel 	Service-Center