

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Personen

Ausgabe 01/2013

zum Antrag/zur Anfrage vom

Antrag-/Anfragesteller(in)/Versicherungsnehmer(in)

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 1

Geburtsdatum

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 2

Geburtsdatum

ID-Nummer des Antrages/der Anfrage

Bitte beantworten Sie alle nachstehenden, Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.

Dies gilt auch dann, wenn Sie nur eine Anfrage zur Erstellung eines Versicherungsangebots stellen. Nur unter der Voraussetzung einer vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung können wir Ihnen in diesem Fall ein verbindliches Angebot zum Abschluss des angefragten Versicherungsschutzes unterbreiten. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ unter „Wichtige Hinweise“.

Angaben, die Sie dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen ab Antrags- bzw. Anfragestellung der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Pettenkoflerstr. 19, 80336 München schriftlich mitzuteilen.

Angaben und Erklärungen

Bitte alle Fragen mit Ja oder Nein beantworten, soweit die Antwort

Ja lautet, weitere Angaben in Worten, keine Striche.

	Person 1	Person 2
	Vorname	Vorname
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung (ggf. auch im Ausland)? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.1 Wurde in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung beantragt oder eine beantragte abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2 Beginn des Vertrages bzw. Datum der Antragstellung?		
Ende des Vertrages bzw. Datum der Ablehnung?		
1.3 Sind Sie beim derzeitigen Krankenversicherer mit mehr als einem Monatsbeitrag im Zahlungsrückstand?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.4 Besteht eine andere als die ggf. oben beantragte Versicherung auf Krankengeld, Kranken-Tagegeld, Krankenhaus-Tagegeld, Pflege-Zusatzversicherung über den Versicherungsbeginn hinaus? Wenn ja, bitte Art der Versicherung, Gesellschaft und Höhe der Tagessätze angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Bestand in den letzten 10 Jahren eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder eine soziale Pflegeversicherung (SPV)? Falls ja, bei welcher (welchen) Gesellschaft(en)? Beginn und Ende des (der) Vertrages (Verträge)? – Bitte Vorversicherungsnachweise vorlegen –	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Liegt der Beschäftigungsort abweichend vom Wohnort in den	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern

Angaben zum Gesundheitszustand

Bei Vertragsänderung: Die Fragen 1., 4. bis 10. beantworten. Wenn die Antwort zur Frage 10. „Ja“ lautet, alle Fragen von 1. bis 9. beantworten.

Haben Sie schon einmal eine Voranfrage zur Risikobeurteilung beim MÜNCHENER VEREIN gestellt?

Hinweis: Angaben aufgrund einer Voranfrage zur Risikobeurteilung entbinden nicht von der vollständigen und richtigen aktuellen Beantwortung der Antragsfragen.

	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1. Körpergröße und Körpergewicht	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien oder besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen		
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) bei anderen Therapeuten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.4 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.5 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.1 Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re
3.2 Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität oder Infertilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien
3.3 Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4 Werden oder wurden in den letzten drei Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Ist eine Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?		
– Wenn ja: Zusatzklärung beilegen –		
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) bei anderen Therapeuten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Antrag-/Anfragesteller(in) Nachname, Vorname _____ Datum der Erklärung _____

	Person 1	Vorname	Person 2	Vorname
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
7.1 Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____
7.2 Sind Zähne ersetzt? (Zahnersatz sind Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.2.1 Anzahl ersetzter Zähne 5 Jahre und älter		Anzahl: _____		Anzahl: _____
7.2.2 Anzahl ersetzter Zähne jünger als 5 Jahre		Anzahl: _____		Anzahl: _____
7.3 Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? Monat/Jahr? Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Zahnarztes bekannt.	_____		_____	

Weitere Angaben und Erklärungen

8. Für den Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen wird ab dem 6. Zahn ein Risikozuschlag von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn entrichtet. Ist der Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen jünger als 5 Jahre, ist der Risikozuschlag in Höhe von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn ab dem 6. Zahn erst ab Beginn des 5. Versicherungsjahres zu entrichten.

nein ja nein ja

9. Bei Abschluss einer **Kranken-Tagegeldversicherung**:

9.1 durchschnittliches **monatliches** Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate? _____ EUR _____ EUR

9.2 Dauer einer Gehaltsfortzahlung? _____

9.3 für Arbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

9.4 für Selbstständige: Name und Anschrift der Betriebsstätte _____

10. Bei Vertragsänderung: Bestehen, bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind? nein ja nein ja

11. Ich beantrage eine/einen bedingungsgemäße/n:

11.1 Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung (**Attestvordruck ausgehändigt**) nein ja nein ja

11.2 Anrechnung der Vorversicherungszeit aufgrund unmittelbaren Wechsels aus der GKV oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung (**Bitte Vorversicherungsnachweis vorlegen!**) nein ja nein ja

12. Besondere Vereinbarungen ja, folgende Person 1: _____
 nein Person 2: _____

Wenn eine der Fragen 2.1 bis 7. und 10. mit „Ja“ beantwortet wurden, bitte hier erläutern. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte Befund angeben. Reich der vorhandene Platz nicht aus, bitte Beiblatt beifügen. Besonderes Blatt mit zusätzlichen Angaben liegt bei.

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, bei Sterilität den Grund, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- oder Routineuntersuchungen bitte Befund angeben.	Operation		Von wann/ bis wann	Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Therapeuten bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?		
			nein	ja				nein	ja	wenn ja, seit wann?

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Pflicht
Die Gesundheitsfragen sind für alle zu versichernden Personen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und berechtigen uns, den Vertrag zu kündigen, anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der auf der auf Seite 3 unter „Wichtige Hinweise“ abgedruckten „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

Schlusserklärung

Bevor Sie diese Risiko- und Gesundheitserklärung unterschreiben, **lesen Sie bitte die auf Seite 3 abgedruckten „Wichtigen Hinweise“**. Die Hinweise werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrags bzw. der Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebots.

Besonderer Hinweis bei Abgabe der Erklärung zu einer **Anfrage** auf Erstellung eines Versicherungsangebots:

Um ein verbindliches Versicherungsangebot für Sie erstellen zu können, bitten wir Sie und die übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr mit Ihrer Unterschrift auch nachfolgende Erklärung zu bestätigen:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer meine vorstehenden Angaben seinem Versicherungsangebot zugrunde legt. Ich erkläre, dass die von mir in dieser Risiko- und Gesundheitserklärung zu den versichernden Personen gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung, das heißt bis zu einer schriftlichen Annahme des vom Versicherer erstellten Versicherungsangebotes, bin ich verpflichtet, ärztliche Behandlungen, ärztliche Untersuchungen, alle Veränderungen des Gesundheitszustandes und des Berufslebens der zu versichernden Personen, die bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung (Angebotsannahme) eintreten, unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift Antrag-/Anfragesteller(in)/ Versicherungsnehmer(in)	Unterschrift der übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antrag von einem Minderjährigen gestellt wird	Unterschrift Antragsmittler(in)
X _____	X _____	X _____	X _____	X _____

Wichtige Hinweise

Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieser Erklärung wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie 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. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine 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 seiner 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 oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Versicherung ergänzen. 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, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner 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 ihm 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 Vertragsänderung 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

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl 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.

Erliss der Wartezeiten

Bei einem bedingungsgemäß beantragten Wartezeitenerlass aufgrund einer ärztlichen Untersuchung werden die Untersuchungskosten von mir übernommen. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Risiko- und Gesundheitserklärung

Krankenversicherung



- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung

Ausgabe 01/2013

Soweit anstelle eines (verbindlichen) Antrages nur eine (unverbindliche) Anfrage gewünscht wird, bitte nachfolgend ankreuzen:

Antrag auf Abschluss einer

Sie beantragen rechtsverbindlich den Abschluss eines Versicherungsvertrages. Grundlage für unsere Annahmeh Entscheidung sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitsklärung. Der Vertrag kommt nicht bereits bei Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages oder der Übersendung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheines.

Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes für eine

Sie beauftragen uns unverbindlich zur Erstellung eines Versicherungsangebotes. Grundlage für die Abgabe unseres Angebotes sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitsklärung. Ein Versicherungsvertrag kommt nur und erst dann zustande, wenn Sie das Angebot, das wir Ihnen zuleiten, durch gesonderte Erklärung mit Ihrer Unterschrift annehmen.

Kranken- und Pflegeversicherung bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

<input type="checkbox"/> Neuantrag/-anfrage	Besteht beim MÜNCHENER VEREIN bereits eine Versicherung?	Datum des Antrages/der Anfrage
<input type="checkbox"/> Änderung	Falls ja: Versicherungsnummer:	
Betreuer	Vermittlernummer	GS-/MVB-Agt.
		VW-Agt.
Kooperationspartner		

Antrag-/Anfragesteller(in)/Versicherungsnehmer(in)

Name, Vorname		Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	Branche	derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf	
			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger	
Telefon privat*	Telefon geschäftlich*	Telefax privat*	Telefax geschäftlich*	E-Mail*
Geschlecht	Geburtsdatum	Familienstand		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> unverheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet/Lebenspartnerschaft ¹⁾		*freiwillige Angabe

Beitragszahlung: Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Beiträge von meinem Konto abgerufen werden. nein

Bei Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes: Bitte Daten für den Lastschrifteinzug für den Fall eines Vertragsschlusses angeben.

Geldinstitut für den Beitragseinzug/Kurzname und Ort	Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaber, falls nicht Antrag-/Anfragesteller(in)	Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antrag-/Anfragesteller(in)	Zahlungsweise
		<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Hinweis: Der Vermittler ist zur Entgegennahme von Zahlungen im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht bevollmächtigt.

Zu versichernde Person 1 evtl. abweichender Name, Adresse

Name, Vorname			Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	Branche	derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf		
			<input type="checkbox"/> Selbstständige(r) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Meisterschüler(in) <input type="checkbox"/> Freiberufler(in) <input type="checkbox"/> Grenzgänger(in) <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> im derzeitigen Beruf seit _____ <input type="checkbox"/> Beamter mit _____ % Beihilfe des <input type="checkbox"/> Bundes, <input type="checkbox"/> Landes _____ <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit für _____ Jahre		
Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

Zu versichernde Person 2 evtl. abweichender Name, Adresse

Name, Vorname			Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	Branche	derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf		
			<input type="checkbox"/> Selbstständige(r) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Meisterschüler(in) <input type="checkbox"/> Freiberufler(in) <input type="checkbox"/> Grenzgänger(in) <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> im derzeitigen Beruf seit _____ <input type="checkbox"/> Beamter mit _____ % Beihilfe des <input type="checkbox"/> Bundes, <input type="checkbox"/> Landes _____ <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit für _____ Jahre		
Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht			
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

¹⁾ Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz

Antrag-/Anfragesteller(in) Name, Vorname Datum des Antrages/der Anfrage

Beantragter/Angefragter Versicherungsschutz

Zu versichernde Person 1 Vorname Zu versichernde Person 2 Vorname

Tarif-Beginn* Tag/Mt./Jahr	Tarif	Tagessatz** EUR	monatliche Beitragsraten			zu zahlen EUR
			Tarifbeiträge EUR	Abschläge EUR	Zuschläge EUR	

Tarif-Beginn* Tag/Mt./Jahr	Tarif	Tagessatz** EUR	monatliche Beitragsraten			zu zahlen EUR
			Tarifbeiträge EUR	Abschläge EUR	Zuschläge EUR	

Folgende Tarife entfallen:
Gesamt-Monatsbeitrag:

Folgende Tarife entfallen:
Gesamt-Monatsbeitrag:

*Als Tarifbeginn gilt jeweils der 1. eines Monats **Für Altersbeitragsentlastung ABE-Summe

Bei Abschluss einer privaten Pflegeversicherung nach den Tarifen PVN (401) bzw. PVB (416)

	Person 1	Person 2
1. PPV zum Tarifbeitrag (Voraussetzung: Ziffern 2-5 nicht gegeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. PPV mit Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag in der SPV (in 2013 auf max. 80,72 EUR in Tarif 401 bzw. 32,29 EUR in Tarif 416) Voraussetzung ist: Es besteht seit 01.01.1995 ununterbrochen eine private PPV bzw. eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren in der privaten Krankenversicherung oder PPV.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

- Bitte Vorversicherungsnachweise vorlegen -

3. PPV für Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ mit Beitragsbegrenzung (in 2013 je Person auf max. 60,54 EUR in Tarif 401 bzw. 24,22 EUR in Tarif 416) Ich bestätige: Es besteht für mindestens einen Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ seit 01.01.1995 ununterbrochen eine private PPV. Das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen ²⁾ beträgt für einen Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ im Jahr 2013 nicht mehr als 385 EUR bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 I 1, 8 a SGB IV nicht mehr als 450 EUR .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> für den Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ <input type="text"/> besteht anderweitig eine PPV bei: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> für den Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ <input type="text"/> besteht anderweitig eine PPV bei: <input type="text"/>
--	--	--

4. Beitragsfreie PPV für Kinder Diese Vergünstigung erhalten Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, sofern sie nicht erwerbstätig sind bzw. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, sofern sie sich in einer Berufs- oder Schulausbildung oder in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr befinden. Bei Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung wegen einer gesetzlichen Dienstpflicht erfolgt Verlängerung um die Dauer des Dienstes. Ich bestätige: Das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen ²⁾ des Kindes beträgt im Jahr 2013 nicht mehr als 385 EUR bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 I 1, 8 a SGB IV nicht mehr als 450 EUR . Weiter besteht für mindestens ein Elternteil eine beitragspflichtige PPV .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr <input type="checkbox"/> Für den Elternteil <input type="text"/> besteht anderweitig eine PPV bei: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr <input type="checkbox"/> Für den Elternteil <input type="text"/> besteht anderweitig eine PPV bei: <input type="text"/>
--	--	--

Über eine Schul- und Berufsausbildung, eine gesetzliche Dienstpflicht und ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ist ab dem 24. Lebensjahr ein Nachweis vorzulegen.

5. PPV mit Beitragsermäßigung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (in 2013 8,37 EUR)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---	---

- Bitte Nachweis vorlegen, z. B. Immatrikulationsbescheinigung -

Sondervereinbarungen ja, folgende Person 1:
 Person 2:

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes (nur bei Antragstellung)
 Sofern der von mir beantragte Versicherungs-/Tarifbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsbelehrung auf Seite 5), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Falls Zustimmung nicht erteilt wird, bitte ankreuzen:

¹⁾ Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz
²⁾ Bitte beachten Sie zur Definition des Gesamteinkommens Seite 5, „Wichtige Hinweise und Erklärungen“

Antrag-/Antragsteller(in) Name, Vorname

Datum des Antrages/der Anfrage

Vertragsunterlagen (nur bei Antragstellung)

Ich bestätige, dass mir die für die beantragten Tarife geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe S. 5), die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und Weitere Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (nur Krankenversicherung) ausgehändigt wurden. Falls nicht ausgehändigt, bitte ankreuzen:

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Personen liegt bei wird nachgereicht ist nicht erforderlich

Beratungsprotokoll erstellt und ausgehändigt nicht erstellt, da Antragsteller(in) durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Dokumentation verzichtet hat.

Information

ja, ich bin – jederzeit widerruflich – damit einverstanden, dass die Gesellschaften der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe (MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG) einschließlich der Münchener Assekuranz Vermittlungs-GmbH sowie deren Außenpartner mit mir wegen meines Vertrages und in sonstigen Versicherungsangelegenheiten per Telefon, Fax oder E-Mail in Kontakt treten.

Weitere Hinweise und Erklärungen (nur bei Antragstellung)

Bevor Sie diesen Antrag/diese Anfrage unterschreiben, lesen Sie bitte die auf Seite 5 abgedruckten „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“. Auch diese werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages bzw. der Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes.

Erklärung zur Übermittlung von Daten an die zentrale Stelle zum Abschluss der Krankheitskostenvoll- und der Pflegepflichtversicherung:

Die Erklärung zur Übermittlung von Daten an die zentrale Stelle ist auf Seite 5 abgedruckt. Die Erklärung habe ich gelesen. Ich stimme der Übermittlung der in der Erklärung genannten personenbezogenen Daten an die zentrale Stelle zu.

Versicherungsnehmer: ja Steuer-Identifikationsnummer nein

Person 1: ja Steuer-Identifikationsnummer nein

Person 2: ja Steuer-Identifikationsnummer nein

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindung wurde im Jahre 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

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, die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften bei Versicherungsfällen im Ausland, weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. (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 eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Anfrageverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Wir verpflichten 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. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Assistance-Dienstleistungen für Versicherungsfälle im Ausland, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und soweit erforderlich auch für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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 www.muenchenerverein.de eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder beim MÜNCHENER VEREIN (089/51 52 10 00) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. an das HIS melden. Wir 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 Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. 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.

Ich bestätige, dass ich die Dienstleisterliste (s.o. Ziffer 3.2) erhalten habe.

Ort/ Datum	Unterschrift Antrag-/Anfragesteller(in)/Versicherungsnehmer(in)
Unterschrift der übrigen zur versichernden Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antrag von einem Minderjährigen gestellt wird
Unterschrift Antrags-/Anfragevermittler(in)	Vermittlung aufgrund Hinweis durch Tippgebernummer

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Antrags-/Anfragedurchschrift

Eine Durchschrift dieses Antrages/dieser Anfrage wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Widerrufsbelehrung (nur bei Antragstellung)

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 die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr.19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 089/51 52-4020.

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; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Erklärung zur Übermittlung von Daten an die zentrale Stelle zum Abschluss der Krankheitskostenvoll- und der Pflegepflichtversicherung

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. an die zentrale Stelle gem. § 81 EStG die zur Ermittlung der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung notwendigen personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete und erstattete Beiträge) bekannt gibt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung für die Zukunft – mit Wirkung ab dem nachfolgenden Beitragsjahr – widerrufen kann.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder nur eingeschränkt erteile oder zu einem späteren Zeitpunkt von meinem Recht Gebrauch mache, die Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Einwilligung zur gemeinsamen Datenführung

Ich willige ein, dass die Versicherer der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe (MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen.

Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer bei Vertragsschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, InFoScore) einholt und nutzt. Ich kann meine

Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Versicherer ist im Übrigen verpflichtet, mir Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung zu geben. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Dem Vertrag liegen AVB zugrunde. Diese bestehen in der Kranken- und Pflegeversicherung in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und dem Tarif.

Familienrabatt

Je erwachsene in den Tarifen 510–512, 515 versicherte Person (ab Alter 16) erhält ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) einen Rabatt auf den zu zahlenden Beitrag. Im Tarif 510 beträgt dieser Rabatt 100%.

Leistungsausschluss bei Tarif 560, 561

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

Verzicht auf Wahlleistungen

Die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. bietet für den Fall einer stationären Heilbehandlung eine Reihe unterschiedlicher Tarife an. Zu empfehlen ist die Versicherung von Wahlleistungen. Dazu gehören die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und der Privatarzt. Wenn Sie sich jedoch für einen Tarif entscheiden, der diese Leistungen nicht enthält, weisen Sie im Falle einer Einweisung in das Krankenhaus bitte die Krankenhausverwaltung darauf hin und verlangen Sie die Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung (Regelleistungen). Dadurch vermeiden Sie, dass Kosten entstehen, die über den abgeschlossenen Tarif nicht erstattet werden können. Kein Versicherungsschutz für Wahlleistungen besteht zum Beispiel in den Tarifen 031-038, 160, 190, 195, 600-630, 731, 751-758, 799, 800, 810, 820, 851-853, 855, 859, 865, 866, 869, 901-909. In den Tarifen 851-853 (STEP CARE) entfällt die Begrenzung auf Regelleistungen nach zumindest fünfjähriger ununterbrochener Vorversicherungszeit, frühestens jedoch ab Alter 50.

Zum Antrag auf Tarif 160

Ich erkläre, dass mir die in § 1 und § 2 der Tarifbedingungen für den Tarif 160 festgelegten Voraussetzungen für die Aufnahmebekannt sind.

Ich erkläre, dass mein Einkommen zusammen mit dem meiner Ehegattin (meines Ehegatten) die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreitet. Sofern mindestens zwei unterhaltsberechtigten Kinder unter 25 Jahren mitversichert werden, erkläre ich, dass das Einkommen beider Ehegatten die oben genannte Grenze um nicht mehr als ein Drittel überschreitet.

Als Einkommen gelten das Brutto-Arbeitsentgelt, der nach dem Einkommensteuergesetz ermittelte Gewinn (Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge und sonstige regelmäßige Einkünfte. Mir ist bekannt, dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2013 monatlich 4.350,00 EUR beträgt.

Ich erkläre weiterhin, dass ich einen Wegfall der Einkommensvoraussetzungen dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitteilen werde.

Definition des Gesamteinkommens

Als „Gesamteinkommen“ gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs.1 EStG = aus Land- und Forstwirtschaft; aus Gewerbebetrieb; aus selbstständiger Arbeit; aus nicht selbstständiger Arbeit; aus Kapitalvermögen; aus Vermietung und Verpachtung; aus sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG).

Antrag/Anfrage

Krankenversicherung



- Krankenversicherung
- private Pflegeversicherung