

Ausgabe 07/2014

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 Annahmendeckung sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitserklärung. 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 Angebots sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitserklärung. 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-/Anfragsteller(in)/Versicherungsnehmer(in)

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

*freiwillige Angabe

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger: MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., 80283 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZ00000035752

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

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem nachgenannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschrifteinzug vorab angekündigt wird, vier Kalendertage beträgt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname bzw. vollständiger Firmenname	
Kontoinhaber(in), soweit vom (von) Antrag-/Anfragsteller(in) abweichend:	
PLZ	Wohnort bzw. Firmensitz
Straße, Hausnummer	
Geldinstitut für den Beitragseinzug/Kurzname und Ort	BIC
	Bankleitzahl
IBAN	Kontonummer
Datum, Ort	Unterschrift des Kontoinhabers
	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

Vorname			Geburtsdatum			Geschlecht		
						<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
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 Bundes, Landes								
<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit für Jahre								

Zu versichernde Person 2 evtl. abweichender Name, Adresse

Vorname			Geburtsdatum			Geschlecht		
						<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
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 Bundes, Landes								
<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit für Jahre								

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	

Folgende Tarife entfallen: _____
Gesamt-Monatsbeitrag: _____

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

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 2014 auf max. 83,02 EUR in Tarif 401 bzw. 33,21 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/Lebenspartner¹⁾ mit Beitragsbegrenzung (in 2014 je Person auf max. 62,26 EUR in Tarif 401 bzw. 24,91 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 2014 nicht mehr als 395 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⁾ _____ besteht anderweitig eine PPV bei: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> für den Ehegatten/Lebenspartner ¹⁾ _____ besteht anderweitig eine PPV bei: _____
--	--	--

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 2014 nicht mehr als 395 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 _____ bis _____ <input type="checkbox"/> derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr <input type="checkbox"/> Für den Elternteil _____ besteht anderweitig eine PPV bei: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr <input type="checkbox"/> Für den Elternteil _____ besteht anderweitig eine PPV bei: _____
---	--	--

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 Beitragermäßigung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (in 2014 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 –

Sondereinbarungen 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-/Anfragesteller(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 Außen-dienstpartner 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. ja nein

Versicherungsnehmer:	Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 1:	Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2:	Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindung wurde 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. 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 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns 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: Pettenkofenstr.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 Auskunftei (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.

Einwilligung zur Datenübermittlung bei abweichendem Kontoinhaber

Ich stimme zu, dass die Ankündigung des SEPA-Basislastschrift-Einzugs gemäß den „Bedingungen für den Lastschriftzugang“ gegenüber dem Kontoinhaber erfolgt und dem Kontoinhaber hiermit in Verbindung stehende Vertragsdaten übermittelt werden.

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.

Leistungsausschluss bei Tarif 570, 571, 572, 573, 574, 575

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen bzw. Zahnbehandlungsmaßnahmen, 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 Aufnahmefähigkeit bekannt 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 2014 monatlich 4.462,50 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