ANTRAG/ANFRAGE

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Ausgabe 01/2013

Antrag auf Abschluss einer

Sie beantragen rechtsverbindlich den Abschluss eines Versicherungsvertrages. Grundlage für unsere Annahmeentscheidung 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.

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

☐ 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.

☐ **Neuantrag/-anfrage**
☐ **Änderung**

Besteht beim MÜNCHENER VEREIN bereits eine Versicherung?
Falls ja: Versicherungsnummer:

Datum des Antrages/der Anfrage

Betreuer | Vermittlernummer | GS-/MVB-Agt. | VW-Agt.

Kooperationspartner

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

Name, Vorname | Straße, Hausnummer

PLZ | Wohnort | Branche | derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf
☐ Arbeitnehmer
☐ Selbstständiger

Telefon privat* | Telefon geschäftlich* | Telefax privat* | Telefax geschäftlich* | E-Mail*

Geschlecht
☐ männlich
☐ weiblich

Geburtsdatum

Familienstand
☐ unverheiratet
☐ 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
☐ monatlich ☐ vierteljährlich
☐ halbjährlich ☐ 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 ☐ männlich ☐ weiblich

Branche | derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf

☐ Selbstständige(r) ☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Meisterschüler(in) ☐ Freiberufler(in)
☐ Grenzgänger(in) ☐ freie Heilfürsorge ☐ im derzeitigen Beruf seit
☐ Beamter mit % Beihilfe des ☐ Bundes, ☐ Landes
☐ Soldat auf Zeit für Jahre

Zu versichernde Person 2 evtl. abweichender Name, Adresse

Vorname | Geburtsdatum | Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Branche | derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf

☐ Selbstständige(r) ☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Meisterschüler(in) ☐ Freiberufler(in)
☐ Grenzgänger(in) ☐ freie Heilfürsorge ☐ im derzeitigen Beruf seit
☐ Beamter mit % Beihilfe des ☐ Bundes, ☐ Landes
☐ Soldat auf Zeit für Jahre

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

☐ vorab per Fax

100 00 03/04 (01.13)

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: Tarifbeiträge EUR	Abschläge EUR	Zuschläge EUR	zu zahlen EUR

Folgende Tarife entfallen:

Gesamt-Monatsbeitrag: 0,00

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

Folgende Tarife entfallen:

Gesamt-Monatsbeitrag: 0,00

*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)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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.	☐ nein ☐ ja **– Bitte Vorversicherungsnachweise vorlegen –**	☐ nein ☐ ja
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**.	☐ nein ☐ ja ☐ für den Ehegatten/Lebenspartner[1] besteht anderweitig eine PPV bei:	☐ nein ☐ ja ☐ 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 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.**	☐ nein ☐ ja ☐ Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet von bis ☐ derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr ☐ 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.	☐ nein ☐ ja ☐ Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet von bis ☐ derzeit in einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr ☐ Für den Elternteil besteht anderweitig eine PPV bei:
5. PPV mit Beitragsermäßigung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (in 2013 8,37 EUR)	☐ nein ☐ ja **– Bitte Nachweis vorlegen, z. B. Immatrikulationsbescheinigung –**	☐ nein ☐ ja

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-/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 Außendienstpartner 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.muenchener-verein.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 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.

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 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 unterhaltsberechtigte 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).

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE

Der Generationen-Versicherer

Antrag/Anfrage

Krankenversicherung

- Krankenversicherung
- private Pflegeversicherung

MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe, Pettenkoferstr. 19, 80336 München
Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de