

Antrag Private Pflege-Ergänzungsversicherungen

1. Antragsteller / Versicherungsnehmer Herr Frau

333531; 12.2015 vo

Titel/Name

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

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen/Postleitzahl Wohnort

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

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden) Antrag wurde gefaxt am

HV/NV/Zweigstelle

Bitte dringend ZusOB beachten:

SI/IZB-Ref.Nr.

SPK VermKennzeichen S

oder Y | H

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Vermittlers

Beitragszahlung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherer die Beiträge mittels SEPA-Basislastschriftverfahren von der angegebenen Bankverbindung einzieht. Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden. Um am SEPA-Basislastschriftverfahren teilnehmen zu können, ist es erforderlich, beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 4 vollständig auszufüllen und dem Antrag beizulegen.

Zahlungsweise

sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise (monatl. Zahlungsweise erst ab 5 Euro Monatsbeitrag möglich)

Mein bereits erteiltes SEPA-Lastschriftmandat gilt unverändert weiter.

jährlich

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder anzufechten, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 6.

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

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

	Person 1 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	Person 2 weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name (inkl. Titel, Namenszusatz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname (falls abweichend vom aktuellen Namen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl Wohnort (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag (falls abweichend vom Antragsteller))	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) / Geb.-Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grenzgänger	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

3. Tarife / Beitrag

	Person 1	Person 2
	Versicherungsbeginn/Datum 0 1	Versicherungsbeginn/Datum 0 1
<input type="checkbox"/> PflegeOPTIMAL Plus*	Tagegeld <input type="text"/> Euro Monatsbeitrag <input type="text"/> Euro	Tagegeld <input type="text"/> Euro Monatsbeitrag <input type="text"/> Euro
<input type="checkbox"/> PflegePREMIUM Plus*	<input type="text"/> Euro <input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro <input type="text"/> Euro
<input type="checkbox"/> FörderPflege*	<input type="text"/> Euro <input type="text"/> Euro**	<input type="text"/> Euro <input type="text"/> Euro**
	Gesamtbeitrag <input type="text"/> Euro	Gesamtbeitrag <input type="text"/> Euro

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

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

	Person 1	Person 2
4.1 Ich bestätige, dass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> zurzeit keine Pflegebedürftigkeit besteht und noch nie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aus der Pflegepflichtversicherung bezogen wurden, bei keiner anderen Privaten Krankenversicherung eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung besteht, eine Pflegepflichtversicherung besteht und verpflichte mich, dem Versicherer das Ende der Pflegepflichtversicherung unverzüglich mitzuteilen (vgl. „Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege“ auf Seite 5). 		
4.2 Sozialversicherungs- / Rentenversicherungs- bzw. Zulagennummer, falls bekannt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3 Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulage für jedes Beitragsjahr bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen. Sofern noch keine Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagennummer vorhanden ist bzw. nicht im Antrag eingetragen ist, bevollmächtige ich den Versicherer, diese bei der zentralen Zulagenstelle zu beantragen bzw. abzufragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden und entbinde den Versicherer diesbezüglich von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.		
Für den Fall, dass die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagennummer bei Antragstellung nicht vorliegt, stimme ich hilfsweise auch der Verwendung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern zu.		

5. Angaben zum Gesundheitszustand

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie nochmals den Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht auf den Seiten 1 und 6.

Hinweis: Durchgeführte Gentests (Erläuterung siehe Seite 7) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

5.1 Fragen für alle Pflegetarife (außer Förderpflege)	Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg
5.1.1 Körpergröße und Körpergewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.1.2 Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt oder ist geplant oder angeraten, einen Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung zu stellen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.1.3 Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? Erkrankungen des Zentralnervensystems: Demenz, Alzheimer, sonstige Hirnleistungsstörung, Hirntumor, Apallisches Syndrom, Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, Epilepsie, infantile Zerebralparese, Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophien, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Hemiparese / Hemiplegie, Kinderlähmung (inkl. Folgen) Erkrankungen des Blutes: Knochenmarkserkrankungen Erkrankungen des Herz-Kreislaufs-Systems: Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten 5 Jahren) Erkrankungen innerer Organe, Stoffwechsel: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Staublunge, Lungemphysem, Mukoviszidose, Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankung, Diabetes mellitus („Zucker“) Erkrankungen des Immunsystems: HIV-Infektion, AIDS Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: Muskelschwund, Osteoporose, Morbus Bechterew, rheumatoide / chronische Arthritis [„Rheuma“], Arthrose (mit Schmerzzuständen, Bewegungseinschränkungen oder operiert) Krebs: Bösartige Neubildungen Sonstiges: psychische und psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen) Hinweis: Es sind jeweils nur die Diagnosen hinter dem Doppelpunkt der einzelnen Bereiche relevant. Auf Seite 5 sind einige der hier genannten Erkrankungen näher erläutert.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.1.4 Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.1.5 Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)* oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten? *) Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

6. Bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Bestand bereits früher bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt?

Wo besteht die Gesetzliche Krankenversicherung?

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

Pflegeergänzungsversicherung (inkl. Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung)

Person 1

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

AOK Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

Wo?

Tagessatz oder Höhe der Leistung

nein ja

Person 2

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

AOK Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

Wo?

Tagessatz oder Höhe der Leistung

nein ja

7. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

ja: Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.

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

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

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

ja

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

8. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung)

Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfällprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und 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 der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfällbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Daten-

schutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1.).

3.5. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen 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, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

9. Zusatzserklärungen

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

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

Datum	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer	Unterschrift zu vers. Person(en) ab 16 Jahren
<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>

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

Ein Stück Sicherheit.

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG
DE50BK000000156985

Mandatsreferenznummer/Versicherungsnummer
wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

- zum Antrag/Vertrag
- zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Beiträge für die genannten Versicherungsverträge von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

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

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

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

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPflege wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn Sie die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Sie müssen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein.
- Sie dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Alltagskompetenz aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.
- Bei Abschluss des Vertrages müssen Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag über eine Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gezahlt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für Sie bereits Geförderte Ergänzende Pflegeversicherungen bestehen.
- Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
- Das vereinbarte Pfl egetagegeld muss in Pflegestufe III mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pfl egetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pfl egetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

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

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

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

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

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulagenberechtigung (vgl. Nr. 4 der „Erklärungen zu Tarif FörderPflege nach §§ 126 ff. SGB XI“) unverzüglich anzuzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gezahlt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

Erläuterung einiger der unter Frage 5.1.3 auf Seite 2 genannten Erkrankungen	
Demenz	Erkrankungen, bei denen das Gedächtnis und die Denkfähigkeit abnehmen. Mehrere geistige und intellektuelle Bereiche sind betroffen z. B. die Orientierung, die Lern- und Urteilsfähigkeit.
Alzheimer	häufigste Form der Demenz
sonstige Hirnleistungsstörung	dauernde Hirnschäden z. B. durch Unfall, Infektion, Vergiftung oder Stoffwechselstörung
Apallisches Syndrom	Wachkoma
Parkinson-Krankheit	„Schüttellähmung“, langsam fortschreitende neurologische Erkrankung mit Absterben von Nervenzellen
Chorea Huntington	Schwere neurologische Erkrankung des Gehirns
Creutzfeld-Jacob	Erkrankung des zentralen Nervensystems mit fortschreitender Demenz; meist Folge krankhafter Genveränderung oder durch den Verzehr von BSE-verseuchtem Fleisch
Infantile Zerebralparese	frühkindliche Hirnschädigung
Amyotrophe Lateralsklerose	fortschreitende Lähmung der Muskulatur
Muskeldystrophien	neuromuskuläre Erkrankungen
Hemiparese / Hemiplegie	einseitige Lähmung
Knochenmarkserkrankungen	Erkrankungen der Blutbildung, „Blutkrebs“, Leukämie, Lymphome
Arteriosklerose	„Verkalkung“ / Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, der Gehirnarterien und anderer Arterien
Koronare Herzkrankheit	Verengung der Herzkranzgefäße
Herzinsuffizienz	Herzschwäche, Funktionsstörung des Herzens, welches deshalb den Körper nicht ausreichend mit Blut versorgen kann
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	COPD, oftmals durch Rauchen verursacht („Raucherhusten“)
Mukoviszidose	Stoffwechselerkrankung, bei der die Schleimdrüsen dickflüssigen, zähen Schleim produzieren, der vor allem Verdauungsorgane und Lunge schädigt
Chronische Nierenerkrankung	dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion
Diabetes mellitus	Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper
Osteoporose	Knochenschwund, welcher zur erhöhten Brüchigkeit von Knochen führt
Morbus Bechterew	Chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung mit Schmerzen und Versteifung von Gelenken
Arthritis	rheumatische Erkrankungen, chronische entzündliche Erkrankung der Gelenke
Arthrose	degenerative Verschleißerscheinung von Knorpel- und / oder Knochengewebe. Relevant ist nur eine Arthrose, die sich „bemerkbar“ macht durch Schmerzzustände, Bewegungseinschränkungen oder bereits operiert ist.
Krebs	alle Arten von bösartigen (malignen, karzinogenen) Neubildungen; Krebs ist nicht relevant, wenn in den letzten 5 Jahren nur Nachuntersuchungen stattfanden.

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, Maximilianstraße 53, 81537 München, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Anfechtung

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

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Vertrags-/Mindestdauer

Der Vertrag wird für 1 Jahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Erläuterung zu prädiktiven Gentests

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

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) und die Union Krankenversicherung AG (UKV) bieten auch Tarife parallel an. Parallel bedeutet, dass jeweils derselbe Tarif (gleiche Versicherungsleistungen zu gleichen Bedingungen und zum gleichen Beitrag) von beiden Versicherern rechtlich selbständig angeboten wird.

Um die Tarife gemeinsam anbieten zu können, wurde eine Vereinbarung zwischen den beiden Versicherern getroffen, wonach alle Versicherungsleistungen, die in den gemeinsam angebotenen Tarifen erbracht werden, zusammen betrachtet und mit den Berechnungsgrundlagen verglichen werden.

Ungeachtet dieses Zusammenwirkens bleibt es bei zwei rechtlich getrennten Versicherungen: Wer sich also bei der BK versichert, hat nur diese zum Vertragspartner – dasselbe gilt für die UKV.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die BK, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten enthält das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“, das ich bei Antragstellung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, erhalte ich dieses Merkblatt zusammen mit dem Versicherungsschein.

Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der BK für mich besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif ggf. der bestehenden Versicherungsnummer zugeordnet wird und damit der bisher diese Versicherungsnummer betreuende Vermittler auch diesen jetzt abgeschlossenen Tarif betreut und die für die Betreuung erforderlichen Daten erhält.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Harald Benzing und die Vorstände Wolfgang Reif und Manuela Kiechle

Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München

Hausanschrift: Warngauer Straße 30, 81539 München

Telefax: (089) 21 60 - 80 01

E-Mail: service@vkb.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53, 81537 München
Haus- und Paketanschrift:
Warngauer Straße 30, 81539 München
Telefon (0 89) 21 60-88 88, Telefax (0 89) 21 60-80 01
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vorsitzender),
Manuela Kiechle, Wolfgang Reif
Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Friedrich Schubring-Giese
Handelsregister: AG München HRB 111 650
Sitz: München

Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:
BayernLB
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45
BIC BYLADEMMXXX
Gläubiger-ID: DE50BK000000156985

Übersicht Dienstleister

zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherungskammer Bayern ▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts ▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG ▪ Bayerischer Versicherungsverband ▪ Versicherungsaktiengesellschaft ▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG ▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG ▪ Union Krankenversicherung AG ▪ Union Reiseversicherung AG ▪ Versicherungskammer Bayern Konzern ▪ Rückversicherung AG ▪ SAARLAND Feuerversicherung AG ▪ SAARLAND Lebensversicherung AG ▪ Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG ▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Consal-Makler-Service GmbH ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Saarland Informatik Service GmbH ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH ▪ MediRisk GmbH 	<p>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso (Zahlungsverkehr).</p> <p>Dienstleistungen für Datenverarbeitung</p> <p>Rehabilitationsmanagement</p>
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVATO AG 	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH 	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel GmbH 	Service-Center (z. B. telefonische Auskünfte)

Stand: 01.09.2015