

Antrag

auf
Private Krankenversicherung
Pflegepflichtversicherung

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr Frau Firma

Form fields for personal data: Titel / Name, Vorname, Geb.-Tag, Monat, Jahr, Straße, Haus-Nr., Wohnort, Telefon, E-Mail-Adresse, Tätigkeitsstatus.

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gefaxt am

Form fields for insurance details: HV/NV/Zweigstelle, SI/IZB-Ref.Nr., SPK VermKennzeichen.

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Vermittlers

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto eingezogen werden. Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Form fields for direct debit authorization: Kontonummer, Bankleitzahl, Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts, Unterschrift.

Zahlungsweise: sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise (monatl. Zahlungsweise erst ab 5 € Monatsbeitrag möglich) jährlich (3 % Skonto)

Ich beantrage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Die Verträge werden für 2 Versicherungsjahre, in der Krankentagegeld- und Pflēgetagegeldversicherung für 1 Jahr abgeschlossen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht: Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen...

2. Zu versichernde Person(en) - Person 1 - weiblich männlich

Form fields for Person 1: Vorname, Name, Geb.-Tag, Monat, Jahr, Staatsangeh., Familienstand, Tätigkeitsstatus, derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche, Gewerbetr./Freiberufler, Beihilfeträger, Grenzgänger.

- Person 2 - weiblich männlich

Form fields for Person 2: Vorname, Name, Geb.-Tag, Monat, Jahr, Staatsangeh., Familienstand, Tätigkeitsstatus, derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche, Gewerbetr./Freiberufler, Beihilfeträger, Grenzgänger.

3. Versicherungsschutz und Beitrag

Table for Person 1: Versicherungsbeginn/Änderungszeitpunkt, Tarif / Tariftstufe bisher, Tagessatz, monatlicher Beitrag.

Versicherungsbeginn/Änderungszeitpunkt

Table for Person 2: Versicherungsbeginn/Änderungszeitpunkt, Tarif / Tariftstufe bisher, Tagessatz, monatlicher Beitrag.

4. Vorversicherungen oder bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Table for insurance history: 4.1 Bestand bereits früher bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt? 4.2 Vorversicherungen in den letzten 5 Jahren (Krankheitskosten-Versicherung, Pflegepflichtversicherung). 4.3 Bestehende bzw. beantragte Versicherungen (Zusatzversicherung, Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld, Pflegeergänzungsversicherung).

4.4 Wurde der Antrag/Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt oder beendet? nein abgel. beend. Warum?

4.5 Sind Sie beim derzeitigen Krankenversicherer mit mehr als einem Monatsbeitrag im Zahlungsrückstand? nein ja

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

30.22.10; 01/12 rp

6. Angaben zum Gesundheitszustand

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

Ich möchte dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen. Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

	Person 1	Person 2
	Vorname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
	Größe in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/>	Größe in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/>
6.1 Körpergröße und Körpergewicht		
6.2 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen oder sind ambulante oder stationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.3 Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z. B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z. B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen oder Wehrdienstbeschädigungen, Sterilität bzw. Infertilität (Unfruchtbarkeit)? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Kopie des Versorgungsbescheides (nicht des Schwerbehindertenausweises) beifügen. Grad der Behinderung / Erwerbsminderung? <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.4 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.5 Erfolgt in den letzten fünf Jahren ambulante oder stationäre Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen oder bestanden darüber hinaus in den letzten fünf Jahren Beschwerden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Krankheits- oder Unfallfolgen (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.6 Wurden in den letzten fünf Jahren oder werden zurzeit Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen genommen? Falls ja: wann? welche? weshalb? wie lange und in welcher Dosierung? (unten im Freitext angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.7 Wurden in den letzten zehn Jahren oder werden zurzeit ambulante oder stationäre psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen oder Suchtbehandlungen durchgeführt oder sind solche angeraten worden oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.8 Fanden in den letzten zehn Jahren Behandlungen wegen einer Krebserkrankung statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.9 Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zusatzfragen für Pflegetagegeldtarife		
6.10 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
6.11 Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50%)? ¹ Haben Sie jemals einen Antrag gestellt auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. läuft derzeit ein Feststellungsverfahren nach dem SGB IX oder ist dies geplant oder angeraten? ¹ Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte machen Sie bei den mit „ja“ beantworteten Fragen 6.2 – 6.8 hier nähere Angaben.

zu Person	zu Frage	Genauere Angaben über die Art der Krankheit (Diagnose), Behandlung, Untersuchung, Verletzung, Unfallfolge, Beschwerde, Prothese, Körperimplantates, Anomalie, des Gebrechens, Organfehlers, Behinderung, Wehrdienstbeschädigung; Name / Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittel, der Droge	Behandlung von / bis	Operation	Folgenlos ausgeheilt?		Besteht Nage-lung (oder Ähnliches, bei Knochenbrüchen u. ä.), die noch entfernt werden muss?
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

	Person 1	Person 2
6.12 Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: voraussichtlicher Entbindungstermin?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
6.13 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien links? <input type="text"/> Anzahl Dioptrien rechts? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/>
6.14 Name, Anschrift des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse unterrichtet ist (evtl. Hausarzt) sowie ggf. weiterer behandelnder Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Sanatorien, Heilstätten	Name und Anschrift <input type="text"/>	Name und Anschrift <input type="text"/>
Die Fragen 6.15 bis 6.17 nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen beinhaltet.		
6.15 Finden zurzeit zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlungen statt oder sind derartige Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten? Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Art der Behandlung? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Art der Behandlung? <input type="text"/>
6.16 Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen und bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind? (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl? <input type="text"/>
6.17 Besteht Zahnersatz (ersetzte und/oder überkronte Zähne, inkl. herausnehmbarer Zahnersatz), der älter als sechs Jahre ist? Jeder ersetzte und/oder überkronte Zahn (inklusive Kronen in Verbindung mit einer Brücke oder Implantat) ist einzeln zu zählen. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Anzahl? <input type="text"/>

30.22.10; 01/12 RP

7. Pflegepflichtversicherung		Person 1	Person 2
7.1	Beschäftigungsort	<input type="checkbox"/> alte Bundesländer <input type="checkbox"/> neue Bundesländer	<input type="checkbox"/> alte Bundesländer <input type="checkbox"/> neue Bundesländer
7.2	Wenn Begrenzung auf den gesetzl. Höchstbeitrag beantragt wird: Ein Nachweis des bisherigen Pflegeversicherers über die Vorversicherungszeit	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
7.3 Beitragsvergünstigung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner			
7.3.1	Wird für die zu versichernde Person „Beitragsbegrenzung für Ehegatten/Lebenspartner“ beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.3.2	Zusatzangabe, wenn für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner bereits eine private Pflegepflichtversicherung besteht: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) des Ehegatten/Lebenspartners? Bei welchem privaten Krankenversicherer ist der Ehegatte/Lebenspartner pflegepflichtversichert? Falls die Versicherung nicht bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG besteht: Ein Nachweis über die Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
7.4 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre			
7.4.1	Wird für die zu versichernde Person „Beitragsfreiheit von Kindern“ beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	wenn ja: Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.4.2	Für Personen ab 23 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung? wenn ja: Nachweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt
7.4.3	Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
	wenn ja: bei welchem Unternehmen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.4.4	Wird für die zu versichernde Person Begrenzung auf den „Studentenbeitrag“ beantragt? wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt

8. Krankentagegeldversicherung					
Arbeitnehmer Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung?		<input type="text"/>	Tage	<input type="text"/>	Tage
Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?		Brutto	<input type="text"/>	Netto	<input type="text"/>
Gewerbetreibende/Freiberufler Höhe des zu versteuernden Gewinns aus dieser Tätigkeit im letzten Kalenderjahr?		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen bei Status eines beherrschenden GmbH-Gesellschafter/-Geschäftsführers/Alleinvorstand einer AG?		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

9. Datenaustausch gemäß § 10 Absatz 2 a EStG (Einkommensteuergesetz)		Person 1	Person 2
Gilt nur, wenn eine Krankheitskostenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung neu beantragt wird.		Ich willige bis auf Widerruf in den Datenaustausch mit der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) und in die Nutzung meiner Steuer-ID zu diesem Zweck nach § 10 Absatz 2 a EStG ein. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich willige bis auf Widerruf in den Datenaustausch mit der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) und in die Nutzung meiner Steuer-ID zu diesem Zweck nach § 10 Absatz 2 a EStG ein. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja: Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hinweis: Die Einwilligung und Angabe der Steuer-ID ist Voraussetzung zur vollständigen steuerlichen Berücksichtigung der abzugsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 EStG.			

10. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten	
10.1	Beratungspflicht gemäß § 6 VVG <input type="checkbox"/> ja: Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten. <input type="checkbox"/> nein: Ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung bzw. Beratungsdokumentation unterschrieben (siehe Anlage).
10.2	Informationspflicht gemäß § 7 VVG Ich habe das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigelegt)

11. Schweigepflichtentbindung	
Ich willige in die „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ ein (siehe Abschnitt „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich im Einzelfall (siehe Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“). Ich kann meine vorgenannte Entscheidung zur Schweigepflichtentbindung jederzeit ändern.	

Zusatzklärungen
Bevor ich diese Erklärung zum Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung, eine Erläuterung zur Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine/unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen. Mit den Unterschriften wird auch die abgegebene Erklärung zum Datenaustausch gemäß § 10 Absatz 2 a EStG bestätigt. Die Tarife CompactPRIVAT, GesundheitPRIVAT, Gesundheit, Zahn, GrundschutzPRIVAT, PflegeKOMPAKT, PflegeOPTIMAL, PflegePREMIUM, PflegePLUS, PflegePRIVAT sowie ExpertPLUS werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

Datum	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer	Unterschrift zu versichernde Person(en) ab 16. Lebensjahr
-------	--	---

Vertragsgrundlagen und Erklärungen 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.

Wartezeiten

Sofern nichts anderes beantragt ist und vom Versicherer bestätigt wird, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Bei einem unmittelbaren Übertritt aus einer deutschen Krankenversicherung/Heilfürsorge wird die Dauer der bisherigen Versicherungszeit auf die Wartezeiten in der privaten Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung angerechnet.

In einigen Tarifen können die Wartezeiten auch aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Wird aufgrund einer ärztlichen Untersuchung der Erlass der Wartezeiten für diese Tarife beantragt und geht der Befundbericht auf dem ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung beim Versicherer ein, sind für diese Tarife die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen. Die Untersuchungskosten übernimmt der Antragsteller.

Erläuterung zu prädiktiven Gentests

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

Angaben zum Einkommen

Ich bestätige hiermit, dass mein beantragtes Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern nicht das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen übersteigt.

Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Absatz 1 EStG). Dazu zählen beispielsweise Gewinne bei Einkünften aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Arbeit, Gehälter, Dienst- und Versorgungsbezüge bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit, Zinserträge bei Einkünften aus Kapitalvermögen sowie Mieterträge bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung. Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag und die sonstigen steuerlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten und der Sparerpauschbetrag. Bei Renten ist der Zahlbetrag (abzüglich Anteile für Kindererziehungszeiten) zu berücksichtigen.

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) und 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. Wenn die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können die Tarifbeiträge überprüft und ggf. angepasst werden. Weichen sie um mehr als 10 % ab, müssen sie überprüft und ggf. angepasst werden (vgl. § 8 b Absatz 1 der jeweiligen AVB, ggf. auch Teil II zu § 8 b Absatz 1 der AVB).

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.

Entbindung von der Schweigepflicht

Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenen Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Der Versicherer unterrichtet mich vor einer Erhebung von Gesundheitsdaten bei den genannten Stellen. Ich kann der Erhebung widersprechen. Unabhängig davon entbinde ich bereits jetzt die in diesem Antrag genannten Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenanstalten sowie die genannten Personenversicherer, gesetzlichen Krankenversicherungen und Behörden ausdrücklich von der Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass der Versicherer dort Auskünfte einholt, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist.

Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall

Die oben stehende allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht erteile ich nicht. Stattdessen werde ich nach freiem Ermessen in jedem Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die oben genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen können, die nicht von dem Versicherer, sondern von mir zu tragen sind. Außerdem kann sich die Annahme meines Antrags bzw. die Prüfung einer Leistungspflicht durch den Versicherer verzögern.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen und der Vertragsdurchführung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer und die Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern (VKB) sowie die Landesdirektionen des Versicherers und die Versicherungsgruppe, der die zuständige Landesdirektion als Unternehmen angehört, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler sowie an Unternehmen, die mit Serviceleistungen beauftragt sind, weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten – zum Zwecke der Vertrags- und Leistungsbearbeitung an andere Krankenversicherer des VKB-Konzerns weitergibt.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Antragstellung das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, gilt diese Einwilligung nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte und ich dieses zusammen mit dem Versicherungsschein erhalte.

Hinweis

Der Ansprache zum Zweck der kundenorientierten Produktinformation sowie der Optimierung der Kundenzufriedenheit kann ich jederzeit widersprechen.

Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses sowie im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z. B. bei Vertragsänderungen, Zahlungsrückständen) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden bezieht und nutzt.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

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 Manuela Kiechle und Wolfgang Reif
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Hausanschrift: Warngauer Straße 30, 81539 München
Telefax: (0 89) 21 60-27 14
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.

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

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 Bayerische 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. 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.