uniVersa Krankenversicherung a.G.

Kranken-/Pflegezusatzversicherung

Ich **beantrage** den **Abschluss** / die **Vertragsänderung** einer Kranken- / Pflegezusatzversicherung

Ich bin bereits bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. versichert. ☐ nein ☐ ja Versicherungsnummer

BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Externe Antragsnummer	eAntragsnummer	Partnernummer

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter) * freiwillige Angaben

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel (z.B. Prof., RA) (z.B. Dr., Dr. med.) Namensvors. (z. B. von, van, del) Geb.-Datum

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Festnetz privat* Mobil* E-Mail*

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes

☐ Arbeitnehmer
☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss

☐ Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ☐ ja ☐ nein
• Wenn ja, seit wann angemeldet?

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: € mtl. ☐ jährl. ☐

Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift

☐ Schüler
☐ Student
☐ Hausfrau/-mann
☐ nicht erwerbstätig

☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch
☐ Beamter/Beihilfeberechtigter
☐ Beamter in Ausbildung
• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:
☐ Bund
☐ Land:
☐ Sonstige:

2 Zu versichernde Personen

Versicherungsbeginn 01. . 20

Person Nr. 1 (nur wenn abweichend vom Antragsteller/Versicherungsnehmer)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel (z.B. Prof., RA) (z.B. Dr., Dr. med.) Namensvors. (z. B. von, van, del) Geb.-Datum

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes

☐ Arbeitnehmer
☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss

☐ Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ☐ ja ☐ nein
• Wenn ja, seit wann angemeldet?

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: € mtl. ☐ jährl. ☐

Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift

☐ Schüler
☐ Student
☐ Hausfrau/-mann
☐ nicht erwerbstätig

☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch
☐ Beamter/Beihilfeberechtigter
☐ Beamter in Ausbildung
• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:
☐ Bund
☐ Land:
☐ Sonstige:

Zu versichernde Personen (Fortsetzung)

Person Nr. 2

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med. Namensvors. z. B. von, van, del Geb.-Datum

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift

☐ Arbeitnehmer
☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss

☐ Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ☐ ja ☐ nein
• Wenn ja, seit wann angemeldet?

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: € mtl. ☐ jährl. ☐

☐ Schüler
☐ Student
☐ Hausfrau/-mann
☐ nicht erwerbstätig

☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch
☐ Beamter/Beihilfeberechtigter
☐ Beamter in Ausbildung
• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:
☐ Bund
☐ Land:
☐ Sonstige:

Person Nr. 3

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers Titel z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med. Namensvors. z. B. von, van, del Geb.-Datum

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift

☐ Arbeitnehmer
☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss

☐ Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ☐ ja ☐ nein
• Wenn ja, seit wann angemeldet?

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: € mtl. ☐ jährl. ☐

☐ Schüler
☐ Student
☐ Hausfrau/-mann
☐ nicht erwerbstätig

☐ Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch
☐ Beamter/Beihilfeberechtigter
☐ Beamter in Ausbildung
• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:
☐ Bund
☐ Land:
☐ Sonstige:

3 Angaben zum Angehörigenverhältnis

Sind Antragsteller und zu versichernde Person **nicht** identisch, muss folgende Frage **immer** beantwortet werden.

Besteht zwischen dem Antragsteller und der zu versichernden Person ein näheres Angehörigenverhältnis im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder des § 15 der Abgabenordnung? Die Definition des näheren Angehörigenverhältnisses finden Sie unter Punkt 24 dieses Antrages.

Person Nr. 1 ☐ Ja ☐ Nein
Person Nr. 2 ☐ Ja ☐ Nein
Person Nr. 3 ☐ Ja ☐ Nein

Bitte beachten Sie: Für die zu versichernde Person ist ein Vertragsabschluss sowie eine von § 204 VVG abweichende Vertragsänderung nur dann möglich, wenn ein näheres Angehörigenverhältnis vorliegt und somit **keine** Versicherungssteuerpflicht entsteht.

4 Gewünschter Versicherungsschutz, Beiträge

	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
ambulanter Ergänzungstarif	☐ **uni-EZ 1** ☐ **uni-EZ 2** ☐ **uni-medIA-Komfort** ☐ **uni-medIA-Premium** ☐ **uni-medIA-Exklusiv**	☐ **uni-EZ 1** ☐ **uni-EZ 2** ☐ **uni-medIA-Komfort** ☐ **uni-medIA-Premium** ☐ **uni-medIA-Exklusiv**	☐ **uni-EZ 1** ☐ **uni-EZ 2** ☐ **uni-medIA-Komfort** ☐ **uni-medIA-Premium** ☐ **uni-medIA-Exklusiv**
Auslandsreisekrankenversicherung	☐ **uni-RD**[1]	☐ **uni-RD**[1]	☐ **uni-RD**[1]
ambulanter und zahnärztlicher Ergänzungstarif	☐ **uni-GZ** ☐ **uni-GZ*plus***	☐ **uni-GZ** ☐ **uni-GZ*plus***	☐ **uni-GZ** ☐ **uni-GZ*plus***
zahnärztlicher Ergänzungstarif	☐ **uni-dent-K**[1] ☐ **uni-dent-P**[1]	☐ **uni-dent-K**[1] ☐ **uni-dent-P**[1]	☐ **uni-dent-K**[1] ☐ **uni-dent-P**[1]
stationärer Ergänzungstarif	☐ **uni-SZ II** ☐ **uni-SZ II-E** ☐ **uni-SZ II *plus*** ☐ **uni-SZ**	☐ **uni-SZ II** ☐ **uni-SZ II-E** ☐ **uni-SZ II *plus*** ☐ **uni-SZ**	☐ **uni-SZ II** ☐ **uni-SZ II-E** ☐ **uni-SZ II *plus*** ☐ **uni-SZ**
Kur- und Krankenhaustagegeld	**uni-KSKT** Tagegeld _____ €	**uni-KSKT** Tagegeld _____ €	**uni-KSKT** Tagegeld _____ €
Krankentagegeld	**uni-KT43** Tagegeld _____ €	**uni-KT43** Tagegeld _____ €	**uni-KT43** Tagegeld _____ €
Pflegezusatzversicherung	☐ **uni-PV*plus* 50** ☐ **uni-PV*plus* 100** **uni-PT-K** Tagegeld _____ € **uni-PT-P** Tagegeld _____ €	☐ **uni-PV*plus* 50** ☐ **uni-PV*plus* 100** **uni-PT-K** Tagegeld _____ € **uni-PT-P** Tagegeld _____ €	☐ **uni-PV*plus* 50** ☐ **uni-PV*plus* 100** **uni-PT-K** Tagegeld _____ € **uni-PT-P** Tagegeld _____ €
monatlicher Beitrag	_____ €	_____ €	_____ €

[1] Werden ausschließlich die Tarife uni-dent-K, uni-dent-P oder uni-RD beantragt, sind die Punkte 5 und 6 nicht zu beantworten.

Monatlicher Gesamtbeitrag 0 €

5 Angaben zu weiteren Versicherungen und Anträgen

Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen in den letzten **5 Jahren** kranken- oder pflegeversichert?
Wurden in diesem Zeitraum Kranken- oder Pflegeversicherungen abgelehnt (auch uniVersa Krankenversicherung a.G.)?

Pers. Nr.	Name der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung	Art und Umfang der Versicherung (Krankenvoll-, Krankenzusatzversicherung, Pflegeversicherung, Anspruch auf Heilfürsorge, bei Tagegeldversicherungen Höhe des Tagegeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am

Vereinbarungen/Bemerkungen:

6 Gesundheitsfragen

WICHTIGER HINWEIS:
GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN UNTER ANDEREM NEBEN DER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE DER AKTUELLE GESUNDHEITSZUSTAND, DIE BESTEHENDEN BZW. BEANTRAGTEN VORVERSICHERUNGEN, DIE EINKOMMENSSITUATION UND DIE BERUFLICHE SITUATION) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ODER FÜR DIE ZUKUNFT ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VVG ENTNEHMEN SIE BITTE PUNKT 26 .

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.
Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

		Pers. Nr. 1		Pers. Nr. 2		Pers. Nr. 3	
6.1	**Bei ausschließlicher Beantragung des Tarifes uni-medIA genügt die Beantwortung nachfolgender Gesundheitsfrage:**	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**
	Bestehen oder bestanden in den letzten **2 Jahren** eine oder mehrere der nachfolgenden Erkrankungen/Beschwerden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Erkrankungen oder medizinisch behandelte Beschwerden der Wirbelsäule oder Rückenmuskulatur, chronische Kopfschmerzen, Migräne, psychische Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes (Reizdarm, Obstipation/Verstopfung, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Dysbiose), chronische Hauterkrankungen (Neurodermitis, atopisches/endogenes Ekzem, Psoriasis, Schuppenflechte), Krebserkrankungen, HIV/Aids, rheumatische Erkrankungen, Polyarthritis, Fibromyalgie.						

6.2	**1 a.** Größe:	cm		cm		cm	
	1 b. Gewicht:	kg		kg		kg	
		ja	**nein**	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**
	2 a. Wurde in den letzten **3 Jahren** – auch vorsorglich oder zu Untersuchungszwecken – die Hilfe von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten, z. B. Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten, in Anspruch genommen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten **3 Jahren** – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten oder Anomalien?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3. War in den letzten **5 Jahren** ein Krankenhaus-, Reha- oder Kuraufenthalt erforderlich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	4. Besteht oder bestand in den letzten **10 Jahren** Pflegebedürftigkeit oder eine behördlich anerkannte Behinderung, z. B. Berufskrankheit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung? Ggf. Bescheid beifügen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	5. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – ambulant oder stationär – von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten angeraten bzw. empfohlen worden? Bestehen Folgen von Krankheiten, Operationen oder Unfällen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen für die Tarife uni-GZ/uni-GZ*plus*:	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**
	6 a. Erfolgt zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung oder wurden zahnprothetische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays **empfohlen** bzw. sind diese **beabsichtigt**?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	6 b. Fehlen mehr als **2 Zähne** – außer Weisheitszähnen – die nicht ersetzt sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wurde eine der Fragen 2 a bis 6 b mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.

Pers. Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, bei Vorsorge-/Routine-untersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/ Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei?		
				ambulant	stationär	operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	

Gesundheitsfragen (Fortsetzung)

Pers. Nr.	Frage Nr.	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, bei Vorsorge-/Routine-untersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/ Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei?		
				ambulant	stationär	operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	
				☐	☐	☐		☐	☐	

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 a bis 6 b nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).

Beiblatt benutzt? ☐ ja, Seitenanzahl? _____

Falls eine zu versichernde Person gewisse Gesundheitsangaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der uniVersa Krankenversicherung a.G. unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

☐ Es werden gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht gemacht und diese der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg unverzüglich nach Antragstellung schriftlich angezeigt.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der der versicherten Personen im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

7 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

8 Empfangsvollmacht der zu versichernden Person für das elektronische Antragsverfahren

Wird eine Einwilligung im elektronischen Antragsverfahren eingeholt, wird der Erklärungsinhalt dem Betroffenen im Nachgang in Textform bestätigt. Die Bestätigung erfolgt – falls die zu versichernde Person nicht gleichzeitig Antragsteller/Versicherungsnehmer ist (im Folgenden „Antragsteller“) – auch für die zu versichernde Person durch die Übermittlung des Erklärungsinhalts an den Antragsteller. Eine gesonderte Bestätigung an die zu versichernde Person erfolgt nicht.

Die zu versichernde Person erteilt dem Antragsteller Empfangsvollmacht betreffend den Erklärungsinhalt ihrer im elektronischen Verfahren abgegebenen Einwilligungen.

9 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Antragseinreichung über Vertriebsgesellschaften/Maklerpools

Vertriebsgesellschaften und Maklerpools können einen Versicherungsvermittler u.a. bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung von Versicherungsverträgen (z.B. Erstellung von Courtageabrechnungen) unterstützen. Sollte der Antrag über eine Vertriebsgesellschaft oder einen Maklerpool eingereicht werden, erfolgt die Information hierüber durch den Sie betreuenden Versicherungsvermittler.
Zur Begründung (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge etc.), Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages benötigt auch die/der vom Vermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft/Maklerpool von der uniVersa Krankenversicherung a.G. Informationen zu vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für deren Weitergabe an die Vertriebsgesellschaft/den Maklerpool durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. sowie die Datenweitergabe der Vertriebsgesellschaft/des Maklerpools an die uniVersa Krankenversicherung a.G. benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.
Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. der/dem vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermittelt, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.
Gleichermaßen bin ich einverstanden, dass der Versicherungsvermittler die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist, an die bzw. den vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder beauftragten Maklerpool weitergibt. Die bzw. der beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool darf die übermittelten Daten zu den oben beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit der uniVersa Krankenversicherung a.G. verwenden. Ferner willige ich ein, dass die/der vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool an die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten übermitteln darf, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

10 Einwilligung in die Datenverarbeitung zu Werbezwecken

Die uniVersa Krankenversicherung a.G., uniVersa Lebensversicherung a.G. und uniVersa Allgemeine Versicherung AG, Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg (nachfolgend kurz „uniVersa“) und Ihr betreuender Vermittler können Ihre personenbezogenen Daten **ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung per Post** für eigene Versicherungsprodukte sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos gegenüber der uniVersa widersprechen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Die uniVersa und Ihr betreuender Vermittler möchten Sie darüber hinaus zu versicherungsbezogenen Produkten und Services (Angebote der Privaten Krankenversicherung, Lebens- und Kompositversicherung) **per Telefon und E-Mail** informieren und kontaktieren. Zudem möchte die uniVersa Sie zu Markt- und Meinungsforschungszwecken (z. B. Kundenzufriedenheitsanalyse) ansprechen. Zur Verwendung Ihrer im Rahmen einer Vertragsbeziehung angegebenen Kontaktdaten (Anrede, Name, Vorname, Telefon-, E-Mailadresse) benötigt die uniVersa Ihre Einwilligung.

☐ ***Ja, ich willige ein, dass die uniVersa und mein betreuender Vermittler meine Kontaktdaten verwenden dürfen, um mich zu deren versicherungsbezogenen Produkten und Services per Telefon und E-Mail zu informieren und zu Markt- und Meinungsforschungszwecken anzusprechen.***

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später per Post, E-Mail, Telefon oder Telefax formlos mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.
Ihre Werbeeinwilligung gilt für die Dauer des Vertrages und bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen.

11 Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G., die uniVersa Lebensversicherung a.G. und die uniVersa Allgemeine Versicherung AG sind den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft, dem Code of Conduct (CoC), beigetreten. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.universa.de/datenschutz abrufen können.
Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“. Auch stehen sie Ihnen im Internet unter www.universa.de/ds-info immer in der aktuellen Fassung zur Verfügung.
Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie die Informationen auch in Papierform.

12 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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. Assistancedienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.
Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa 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 uniVersa Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags 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

Wir werden die erforderlichen Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

2.2 Erklärung 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 Vertragsabschluss für die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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.

BITTE IMMER PERSONEN NR. ANGEBEN

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Prüfung des Antrags wie folgt ein:

Ich/wir - Pers. Nr. _____ willige/n ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. – soweit es für die erneute Prüfung des Antrags oder für den Leistungsfall 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

BITTE IMMER PERSONEN NR. ANGEBEN

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 die uniVersa 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 uniVersa Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der uniVersa Lebensversicherung a.G., der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie unter Punkt 23. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.universa.de/datenschutz eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon +49 911 5307-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa 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 uniVersa Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und sonstiger Stellen tätigen Personen 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. 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 uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gibt 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 uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die uniVersa 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.

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

13 SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland

Hinweis: Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug berechtigt; sie handelt insofern im Namen und für Rechnung dieser Unternehmen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000102598

Mandatsreferenznummer: Wird separat bekannt gegeben

SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften
Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) nachstehend genanntes Kreditinstitut an, die von der uniVersa Lebensversicherung a.G. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf fünf Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung gebe ich (geben wir) Änderungen meiner (unserer) Adresse rechtzeitig bekannt.

Abbuchung zum: ☐ 1. des Monats ☐ 15. des Monats

Kontoinhaber

Name/Firma | Vorname

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort/Firmensitz

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN

D E

Ort | Datum | ✗ **Unterschrift/en Kontoinhaber** (Name/Vorname/bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

14 Wichtige Hinweise

Bitte kündigen Sie Ihre Vorversicherung nicht, bevor Sie von uns eine Annahmeerklärung bzw. den Versicherungsschein erhalten haben. Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht** unter Punkt 26 sowie die **Hinweise und Erklärungen** unter den Punkten 18 - 25. Diese enthalten unter anderem Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en); sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

15 Widerrufsbelehrung für die Kranken- und Pflegezusatzversicherung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.
Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg, per Fax 0911 5307-1788, per E-Mail: info@universa.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei einem vierteljährlichen Beitrag um 1/90, bei einem halbjährigen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherschein genannten Beitrags pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Widerrufsbelehrung für die Kranken- und Pflegezusatzversicherung (Fortsetzung)

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1
Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
   b) gegebenenfalls Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

16 Empfangsbestätigung

Ich habe die Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung in der Fassung .20 (KVB-800), das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen) sowie das Merkblatt Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten erhalten.

Datum der Aushändigung

✘ Unterschrift Antragsteller

17 Unterschrift(en) zur Antragstellung

Ort

Datum

✘ Unterschrift Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

✘ Stempel/Unterschrift Vermittler

✘ Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, bei Minderjährigen
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

Hinweise und Erklärungen

18 Zu meiner Sicherheit

Der Antrag wurde von mir durchgelesen, er ist richtig ausgefüllt. Nebenabreden sind nicht getroffen, auch nicht mit dem Vermittler.
Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

19 Allgemeine Versicherungsbedingungen

Dem Versicherungsvertrag liegen die für die jeweils abgeschlossenen Tarife geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers zugrunde.

20 Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass die Versicherungsverhältnisse in der Krankentagegeldversicherung und Pflegezusatzversicherung auf die Dauer von einem Jahr und nach allen anderen Tarifen (Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung) auf die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen werden. In der Auslandsreisekrankenversicherung gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr. Ein Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr. Sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart ist, endet die Mindestvertragsdauer zum 31.12. des Kalenderjahres. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn endet die Mindestvertragsdauer zum Ende des darauffolgenden Kalenderjahres. Die Versicherungsverhältnisse verlängern sich stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

21 Bei Versicherung von Krankentagegeld

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld, zusammen mit anderweitig bestehenden und beantragten Ansprüchen auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld, den Durchschnittsbetrag meines beruflichen Nettoeinkommens zusammen mit folgenden hinzurechnungsfähigen Beträgen nicht übersteigt:

- Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden,
- Beiträge zu einer privaten Kranken-/Pflegeversicherung

Eine Minderung meines Nettoeinkommens wird von mir angezeigt.

Ich erkläre mich bereit, im Falle der Arbeitsunfähigkeit einen Nachweis über den mir entstehenden Verdienstausfall zu führen.
Ich habe davon Kenntnis genommen, dass Arbeitsunfähigkeit spätestens zum Beginn der Leistungspflicht zu melden ist. Die Arbeitsunfähigkeit ist dann wöchentlich für den Tarif uni-KT nachzuweisen. Bei verspätetem Nachweis wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt.
Mir ist bekannt, dass ein Krankentagegeld nur versicherbar ist, wenn und solange bei Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheiten oder Unfällen Verdienstausfall nachgewiesen werden kann.

22 Bei Versicherung der Tarife uni-dent-K/uni-dent-P

Wir bieten Versicherungsschutz für alle Zähne. Hiervon ausgenommen sind bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen. Ab dem 5. Kalenderjahr sowie bei Unfällen entfällt die Summenbegrenzung.

23 Dienstleister- und Empfängerliste

In der nachfolgenden Liste werden die Auftragnehmer, Dienstleister- und Empfänger bzw. Kategorien von Auftragnehmern, Dienstleistern und Empfängern einschließlich der übertragenen Aufgaben genannt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene und besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten, und andere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. verarbeiten. Die Liste schafft für Sie Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten und insbesondere darüber, wer Ihre Daten zu welchem Zweck verarbeitet, da die uniVersa Krankenversicherung a.G. nicht sämtliche Datenverarbeitungen selbst vornimmt bzw. selbst vornehmen kann. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle in der Liste genannten Auftragnehmer, Dienstleister bzw. Empfänger weitergegeben werden.

Grundlage der Dienstleister- und Empfängerliste sind die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, die Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct), denen die uniVersa Krankenversicherung a.G. zum 01.01.2014 beigetreten ist sowie die ab 25.05.2018 geltende Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG (gemeinsame Datensammlung der Versicherer uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und uniVersa Krankenversicherung a.G. bzgl. ihres Bestandsverwaltungssystems, Vertrieb, IT-Dienstleistungen), Datev e.G., Fidelity Information Services Kordoba GmbH (Druckdienstleistungen), Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG (Adressermittlung, Adressverifikation), GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG (Datenübermittlungen an Dienstleister), Giesecke & Devrient GmbH (Druckdienstleistungen (uniVersa-Card)), Infoscore Consumer Data GmbH (Wirtschafts- bzw. Bonitätsauskünfte), uniVersa Lebensversicherung a.G. und deren Dienstleister (IT-Leistungen, z. B. Bereitstellung der technischen Infrastruktur, Wartung, Pflege, Tests), Ärzte/Krankenhäuser bzw. sonstige Leistungserbringer (Leistungsabwicklung, Risikobeurteilung bei Antragstellung (nur Ärzte)), Assisteure (Assistancedienstleistungen), Dienstleister für die Gutachterauswahl und -erstellung (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten; Auswahl von Gutachtern; Qualitätsmanagement von Gutachten), Drittschuldner (Lohn- oder Gehaltspfändung, im Falle von Zahlungsverzug), Entsorgungsdienstleister (Vernichtung von Dokumenten und sonstigen Datenträgern (Festplatten etc.)), Finanz-/Aufsichtsbehörden (Meldungen und Abgaben, Prüfungen gem. gesetzlicher Anforderungen), Finanzinstitute (Geldverkehr), Gutachter (Risiko- und Leistungsfallprüfung), Hilfsmittelversorger (Versorgung mit Hilfsmitteln), Insolvenzverwalter (Insolvenzfälle), IT-Unternehmen (Wartung/Pflege von Hard- und Software etc.), Private Krankenversicherungsunternehmen (Vor- und Nachversicherungsanfragen), Recherchedienstleister (Auskunfts- und Recherchedienstleistungen in der Krankentagegeldversicherung in Betrugsfällen), Rechtsanwälte (Prozessführung/Gerichtliche Geltendmachung rückständiger Beitragsforderungen sowie Akteneinsicht im Versicherungs- oder Fraudfall), Rückversicherer (Rückversicherungsgeschäft (Monitoring/Revision/Schadenregulierung)), Wirtschaftsprüfer (Buchprüfung (Jahresabschluss)).

24 Definition des näheren Angehörigenverhältnisses

Begriffsbestimmungen nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind
1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Angehörige nach § 15 der Abgabenordnung (AO)

(1) Angehörige sind:
1. der Verlobte, 2. der Ehegatte oder Lebenspartner, 3. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie, 4. Geschwister, 5. Kinder der Geschwister, 6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, 7. Geschwister der Eltern, 8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

(2) Angehörige sind die in Absatz 1 aufgeführten Personen auch dann, wenn
1. in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
2. in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
3. im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

25 Kopie

Eine Kopie des Versicherungsantrages wird mir auf Wunsch unverzüglich zur Verfügung gestellt.

26 Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ist es notwendig, dass Sie die Ihnen 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 uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg 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. Für den Fall, dass Sie bereits den Abschluss des Vertrages beantragen, beachten Sie bitte, dass, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet sind.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. 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 Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
Telefax: +49 911 5307-1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr. 241/101/00155
Postbank AG Nürnberg
IBAN: DE60 7601 0085 0090 5008 53
BIC: PBNKDEFF760