

Ausgabe 01/2011

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

Antrag auf Abschluss einer

Sie beantragen rechtsverbindlich den Abschluss eines Versicherungsvertrages. Grundlage für unsere Annahmehentscheidung sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitsklärung. Der Vertrag kommt nicht bereits bei Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages oder der Übersendung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheines.

Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes für eine

Sie beauftragen uns unverbindlich zur Erstellung eines Versicherungsangebotes. Grundlage für die Abgabe unseres Angebots sind Ihre nachfolgenden Angaben sowie Ihre ergänzenden Angaben in der Risiko- und Gesundheitsklärung. Ein Versicherungsvertrag kommt nur und erst dann zustande, wenn Sie das Angebot, das wir Ihnen zuleiten, durch gesonderte Erklärung mit Ihrer Unterschrift annehmen.

Kranken- und Pflegeversicherung bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

<input type="checkbox"/> Neuantrag/-anfrage	Besteht beim MÜNCHENER VEREIN bereits eine Versicherung?	Datum des Antrages/der Anfrage
<input type="checkbox"/> Änderung	Falls ja: Versicherungsnummer:	
Betreuer	Vermittlernummer	GS-/MVB-Agt.
		VW-Agt.
Kooperationspartner		

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

*freiwillige Angabe

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

Beitragszahlung: Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Beiträge von meinem Konto abgerufen werden. nein
 Bei Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes: Bitte Daten für den Lastschriftzugang für den Fall eines Vertragsschlusses angeben.

Geldinstitut für den Beitragseinzug/Kurzname und Ort	Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaber, falls nicht Antrag-/Anfragesteller(in)	Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antrag-/Anfragesteller(in)	Zahlungsweise
		<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Hinweis: Der Vermittler ist zur Entgegennahme von Zahlungen im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht bevollmächtigt.

Zu versichernde Person 1 evtl. abweichender Name, Adresse

Vorname			Geburtsdatum			Geschlecht		
						<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Branche			derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf					
<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)			<input type="checkbox"/> Meisterschüler(in)		
<input type="checkbox"/> Grenzgänger(in)			<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge			<input type="checkbox"/> im derzeitigen Beruf seit		
<input type="checkbox"/> Beamter mit			% Beihilfe des			<input type="checkbox"/> Bundes, <input type="checkbox"/> Landes		

Zu versichernde Person 2 evtl. abweichender Name, Adresse

Vorname			Geburtsdatum			Geschlecht		
						<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Branche			derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf					
<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)			<input type="checkbox"/> Meisterschüler(in)		
<input type="checkbox"/> Grenzgänger(in)			<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge			<input type="checkbox"/> im derzeitigen Beruf seit		
<input type="checkbox"/> Beamter mit			% Beihilfe des			<input type="checkbox"/> Bundes, <input type="checkbox"/> Landes		

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Antrags-/Anfragedurchschrift

Eine Durchschrift dieses Antrages/dieser Anfrage wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Erklärung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz die mit dem Versicherungsantrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten muss. Die korrekte und vollständige Beantwortung der Fragen ist für die Entscheidung des Versicherers, den Vertrag mit dem beantragten Inhalt zu schließen, maßgeblich. Mir ist weiter bekannt, dass der Versicherer bis zur Annahme des Antrages berechtigt ist, mich erneut zu Umständen zu befragen, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes erheblich sind.

Rechtsfolgen einer Verletzung der Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer berechtigt ist, bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung vorgenannter Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten sowie in anderen Fällen einer Verletzung dieser Pflicht den Vertrag zu kündigen. Das Kündigungsrecht besteht in der Kranken- und Pflegeversicherung jedoch nur bei schuldhafter Pflichtverletzung. Das Recht zur Anfechtung bleibt hiervon unberührt.

Ein Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung oder eine Kündigung kommt nicht in Betracht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. höhere Prämie, Leistungsausschluss), geschlossen hätte. Ist dies der Fall, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer über diese Bedingungen in Kenntnis setzen. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erklärung zur Übermittlung von Daten an die zentrale Stelle zum Abschluss der Krankheitskostenvoll- und der Pflegepflichtversicherung: – siehe hierzu die Erklärung vor der Unterschriftenzeile –

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. an die zentrale Stelle gem. § 81 EStG die zur Ermittlung der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung notwendigen personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete und erstattete Beiträge) bekannt gibt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung für die Zukunft – mit Wirkung ab dem nachfolgenden Beitragsjahr – widerrufen kann.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder nur eingeschränkt erteile oder zu einem späteren Zeitpunkt von meinem Recht Gebrauch mache, die Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) 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 e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ein, dass die Versicherer der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler 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 ein, dass der Versicherer bei Vertragsschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, InFoScore) einholt und nutzt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Versicherer ist im Übrigen verpflichtet, mir Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung zu geben. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Die Adressen dieser Firmen sowie weitere Informationen finden sich im Merkblatt zur Datenverarbeitung.

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

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Nur für Tarife 510–512:

Für Versicherte der Innungskrankenkassen in Deutschland: Ich willige ein, dass sich der Versicherer zur Beschleunigung der Leistungsabrechnung und in diesem Rahmen zum Austausch von Kostenbelegen oder betragsmäßigen Erstattungen direkt mit meiner Innungskrankenkasse in Verbindung setzt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Dem Vertrag liegen AVB zugrunde. Diese bestehen in der Kranken- und Pflegeversicherung in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und dem Tarif.

Familienrabatt

Je Erwachsene in den Tarifen 510–512, 515 versicherte Person (ab Alter 16) erhält ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) einen Rabatt auf den zu zahlenden Beitrag. Im Tarif 510 beträgt dieser Rabatt 100%.

Leistungsausschluss bei Tarif 560, 561

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch. Für Zahnersatzmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

Verzicht auf Wahlleistungen

Die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. bietet für den Fall einer stationären Heilbehandlung eine Reihe unterschiedlicher Tarife an. Zu empfehlen ist die Versicherung von Wahlleistungen. Dazu gehören die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und der Privatarzt. Wenn Sie sich jedoch für einen Tarif entscheiden, der diese Leistungen nicht enthält, weisen Sie im Falle einer Einweisung in das Krankenhaus bitte die Krankenhausverwaltung darauf hin und verlangen Sie die Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung (Regelleistungen). Dadurch vermeiden Sie, dass Kosten entstehen, die über den abgeschlossenen Tarif nicht erstattet werden können. Kein Versicherungsschutz für Wahlleistungen besteht zum Beispiel in den Tarifen 031-038, 160, 190, 195, 600-630, 731, 751-758, 799, 800, 810, 820, 851-853, 855, 859, 865, 866, 869, 901-909. In den Tarifen 851-853 (STEP CARE) entfällt die Begrenzung auf Regelleistungen nach zumindest fünfjähriger ununterbrochener Vorversicherungszeit, frühestens jedoch ab Alter 50.

Zum Antrag auf Tarif 160

Ich erkläre, dass mir die in § 1 und § 2 der Tarifbedingungen für den Tarif 160 festgelegten Voraussetzungen für die Aufnahmefähigkeit bekannt sind.

Ich erkläre, dass mein Einkommen zusammen mit dem meiner Ehegattin (meines Ehegatten) die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreitet. Sofern mindestens zwei unterhaltsberechtigende Kinder unter 25 Jahren mitversichert werden, erkläre ich, dass das Einkommen beider Ehegatten die oben genannte Grenze um nicht mehr als ein Drittel überschreitet.

Als Einkommen gelten das Brutto-Arbeitsentgelt, der nach dem Einkommensteuergesetz ermittelte Gewinn (Betriebeinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge und sonstige regelmäßige Einkünfte. Mir ist bekannt, dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2011 monatlich 4.125,00 EUR beträgt.

Ich erkläre weiterhin, dass ich einen Wegfall der Einkommensvoraussetzungen dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitteilen werde.

Definition des Gesamteinkommens

Als „Gesamteinkommen“ gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs.1 EStG = aus Land- und Forstwirtschaft; aus Gewerbebetrieb; aus selbstständiger Arbeit; aus nicht selbstständiger Arbeit; aus Kapitalvermögen; aus Vermietung und Verpachtung; aus sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG).

Hinweis gemäß § 10a Abs. 2a Versicherungsaufsichtsgesetz

In der überwiegenden Anzahl unserer Tarife sehen wir unterschiedliche Prämien für Frauen und Männer vor. Die Berücksichtigung des Geschlechts als Faktor der Risikobewertung beruht auf vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ermittelten statistischen Daten. Im Internet sind auf der Seite www.pkv.de/Statistiken unter „Nachweise gemäß AGG“ entsprechende Daten veröffentlicht.

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Personen

Ausgabe 01/2011

zum Antrag/zur Anfrage vom Antrag-/Anfragesteller(in)/Versicherungsnehmer(in)

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 1 Geburtsdatum

Nachname und Vorname der zu versichernden Person 2 Geburtsdatum

ID-Nummer des Antrages/der Anfrage

Bitte beantworten Sie alle nachstehenden, Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.
Dies gilt auch dann, wenn Sie nur eine Anfrage zur Erstellung eines Versicherungsangebots stellen. Nur unter der Voraussetzung einer vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung können wir Ihnen in diesem Fall ein verbindliches Angebot zum Abschluss des angefragten Versicherungsschutzes unterbreiten. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ unter „Wichtige Hinweise und Erklärungen“.
Angaben, die Sie dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, sind innerhalb von 3 Tagen ab Antrags- bzw. Anfragstellung der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., Pettenkoferstr. 19, 80336 München schriftlich mitzuteilen.

Angaben und Erklärungen

Bitte alle Fragen mit Ja oder Nein beantworten, soweit die Antwort Ja lautet, weitere Angaben in Worten, keine Striche.

	Person 1	Person 2
	Vorname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
1. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung (ggf. auch im Ausland)? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
1.1 Wurde in den letzten 5 Jahren eine private oder gesetzliche Krankenversicherung beantragt oder eine beantragte abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
1.2 Beginn des Vertrages bzw. Datum der Antragstellung? Ende des Vertrages bzw. Datum der Ablehnung?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.3 Besteht eine andere als die ggf. oben beantragte Versicherung auf Krankengeld, Kranken-Tagegeld, Krankenhaus-Tagegeld, Pflege-Zusatzversicherung über den Versicherungsbeginn hinaus? Wenn ja, bitte Art der Versicherung, Gesellschaft und Höhe der Tagessätze angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2. Bestand in den letzten 10 Jahren eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder eine soziale Pflegeversicherung (SPV)? Falls ja, bei welcher (welchen) Gesellschaft(en)? Beginn und Ende des (der) Vertrages (Verträge)? – Bitte Vorversicherungsnachweise vorlegen –	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3. Liegt der Beschäftigungsort abweichend vom Wohnort in den	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> alten <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern <input type="text"/>

Angaben zum Gesundheitszustand

Bei Vertragsänderung: Die Fragen 1., 4. bis 10. beantworten. Wenn die Antwort zur Frage 10. „Ja“ lautet, alle Fragen von 1. bis 9. beantworten.

Haben Sie schon einmal eine Voranfrage zur Risikobeurteilung beim MÜNCHENER VEREIN gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hinweis: Angaben aufgrund einer Voranfrage zur Risikobeurteilung entbinden nicht von der vollständigen und richtigen aktuellen Beantwortung der Antragsfragen.		
1. Körpergröße und Körpergewicht	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien oder besteht oder bestand in den letzten drei Jahren eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.2 Erfolgt in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen		
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
b) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
c) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
d) bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.4 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.5 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.1 Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li <input type="text"/> re <input type="text"/>
3.2 Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität oder Infertilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.3 Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.4 Werden oder wurden in den letzten drei Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
4. Ist eine Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?		
– Wenn ja: Zusatzklärung beilegen –		
a) bei Ärzten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
b) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
c) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
d) bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>

100 00 10/02 (01.11)

Antrag-/Anfragesteller(in) Nachname, Vorname _____ Datum der Erklärung _____

	Person 1	Vorname	Person 2	Vorname
7.1 Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____
7.2 Sind Zähne ersetzt? (Zahnersatz sind Brücken, Implantate, Kronen und herausnehmbare Prothesen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl: _____
7.2.1 Anzahl ersetzter Zähne 5 Jahre und älter			Anzahl: _____	Anzahl: _____
7.2.2 Anzahl ersetzter Zähne jünger als 5 Jahre			Anzahl: _____	Anzahl: _____
7.3 Wann fand die letzte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung statt? Monat/Jahr? Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Zahnarztes bekannt.	_____		_____	

Weitere Angaben und Erklärungen

8. Für den Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen wird ab dem 6. Zahn ein Risikozuschlag von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn entrichtet. Ist der Zahnersatz bei mehr als 5 ersetzten Zähnen jünger als 5 Jahre, ist der Risikozuschlag in Höhe von monatlich 5 EUR (zu den Tarifen 762 und 768 von monatlich 2,50 EUR) je ersetzten Zahn ab dem 6. Zahn erst ab Beginn des 5. Versicherungsjahres zu entrichten.

nein ja nein ja

9. Bei Abschluss einer **Kranken-Tagegeldversicherung**:

9.1 durchschnittliches **monatliches** Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate? _____ EUR _____ EUR

9.2 Dauer einer Gehaltsfortzahlung? _____

9.3 für Arbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

9.4 für Selbstständige: Name und Anschrift der Betriebsstätte _____

10. Bei Vertragsänderung: Bestehen, bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge oder schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind?

nein ja nein ja

11. Ich beantrage eine/einen bedingungsgemäße/n:

11.1 Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung (**Attestvordruck ausgehändigt**) nein ja nein ja

11.2 Anrechnung der Vorversicherungszeit aufgrund unmittelbaren Wechsels aus der GKV oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung (**Bitte Vorversicherungsnachweis vorlegen!**) nein ja nein ja

12. Besondere Vereinbarungen ja, folgende Person 1: _____
 nein Person 2: _____

Wenn eine der Fragen 2.1 bis 7. und 10. mit „Ja“ beantwortet wurden, bitte hier erläutern. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte Befund angeben. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, bitte Beiblatt beifügen. Besonderes Blatt mit zusätzlichen Angaben liegt bei.

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, bei Sterilität den Grund, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- oder Routineuntersuchungen bitte Befund angeben.	Operation		Von wann/ bis wann	Arbeitsfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Leistungserbringers im Gesundheitswesen bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?		
			nein	ja				nein	ja	wenn ja, seit wann?

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Pflicht
Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie zu vorgenannten Fragen unrichtige oder unvollständige Angaben machen.
 Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der auf der auf Seite 3 unter „Wichtige Hinweise und Erklärungen“ abgedruckten „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

Schlussklärung
 Bevor Sie diese Risiko- und Gesundheitserklärung unterschreiben, **lesen Sie bitte die auf Seite 3 abgedruckten „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“**. Diese enthalten unter anderem die **Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht**. Zur Entbindung von der Schweigepflicht ist auch auf die nachfolgend abzugebende **Erklärung** zu verweisen.
 Die Hinweise und Erklärungen werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrags bzw. der Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebots. Die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie die nachfolgende Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht geben Sie auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen ab.

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
 Die Erklärung über die **Entbindung von der Schweigepflicht** ist auf der Rückseite abgedruckt. Sie enthält die Erklärungen hinsichtlich Risikobeurteilung zum Vertragsschluss und Prüfung der Leistungspflicht.
Die Erklärungen und Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht habe ich gelesen und bin mit den Inhalten einverstanden.
 Falls **nicht** einverstanden, bitte ankreuzen:
 Die Einwilligungserklärung über die **Risikobeurteilung** zum Vertragsschluss gebe ich **nicht** ab.
 Die Einwilligungserklärung zur **Prüfung der Leistungspflicht** gebe ich **nicht** ab.

Besonderer Hinweis bei Abgabe der Erklärung zu einer **Anfrage** auf Erstellung eines Versicherungsangebots:
 Um ein verbindliches Versicherungsangebot für Sie erstellen zu können, bitten wir Sie und die übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr mit Ihrer Unterschrift auch nachfolgende Erklärung zu bestätigen:
 Mir ist bekannt, dass der Versicherer meine vorstehenden Angaben seinem Versicherungsangebot zugrunde legt. Ich erkläre, dass die von mir in dieser Risiko- und Gesundheitserklärung zu den versichernden Personen gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung, das heißt bis zu einer schriftlichen Annahme des vom Versicherer erstellten Versicherungsangebotes, bin ich verpflichtet, ärztliche Behandlungen, ärztliche Untersuchungen, alle Veränderungen des Gesundheitszustandes und des Berufslebens der zu versichernden Personen, die bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung (Angebotsannahme) eintreten, unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift Antrag-/Anfragesteller(in)/ Versicherungsnehmer(in)	Unterschrift der übrigen zu versichernden Personen ab vollendeten 16. Lebensjahr	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antrag von einem Minderjährigen gestellt wird	Unterschrift Antragsvermittler(in)
X _____	X _____	X _____	X _____	X _____

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieser Erklärung wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln. Aus diesem Grund sind Sie 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. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine 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 seiner 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 oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenersatzung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Versicherung ergänzen. 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. 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 seiner 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 ihm 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. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. 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 sowohl 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.

Erlass der Wartezeiten

Bei einem bedingungsgemäß beantragten Wartezeitenerlass aufgrund einer ärztlichen Untersuchung werden die Untersuchungskosten von mir übernommen. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Entbindung von der Schweigepflicht

– siehe hierzu die Erklärung vor der Unterschriftszeile –

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages sowie im Leistungsfall benötigen wir, die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., personenbezogene Daten von Ihnen und den zu versichernden Personen. Die Verwendung dieser Daten (Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) ist nach den gesetzlichen Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist jedoch die Einwilligung der zu versichernden Personen erforderlich.

1. Risikobeurteilung zum Vertragsschluss

Wir überprüfen die vor Abgabe des Vertragsangebots bzw. vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist.

Hierzu erklären Sie bzw. die zu versichernden Personen:

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Zahnärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort vor Antragstellung bzw. vor Anfrage auf Erstellung eines Versicherungsangebotes untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Abschluss der Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte, dass bei der Angebotsanfrage bzw. bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die 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.

Für den Fall, dass Sie Ihr Einverständnis hierzu **nicht** abgeben, erklären Sie: Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass sich dadurch der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern bzw. nicht erfolgen kann, wenn eine abschließende Risikoprüfung nicht durchgeführt werden kann.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Im Leistungsfall prüfen wir die Angaben, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht werden oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Prüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten führen wir nur dann durch, wenn und soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Hierzu erklären Sie bzw. die zu versichernden Personen:

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Zahnärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Dies gilt auch für Personenversicherer, bei denen eine Versicherung bestand oder bei denen ein Antrag gestellt wurde.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

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

Für den Fall, dass Sie Ihr Einverständnis hierzu **nicht** abgeben, erklären Sie: Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass es dadurch zu einer Verzögerung der Leistungsprüfung oder einer Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit kommen kann, wenn die Leistungsprüfung nicht abgeschlossen werden kann.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass – je nachdem, bei welcher Gesellschaft ich Versicherungsschutz beantragt habe – die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a.G. bzw. die MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) 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 e.V. bzw. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ein, dass die oben genannten Versicherer der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler 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 ein, dass der Versicherer bei Vertragsschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, InfoScore) einholt und nutzt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Versicherer ist im Übrigen verpflichtet, mir Antwort über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung zu geben. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Die Adressen dieser Firmen sowie weitere Informationen finden sich im Merkblatt zur Datenverarbeitung.

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

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Nur für Tarife 510–512:

Für Versicherte der Innungskrankenkassen in Deutschland: Ich willige ein, dass sich der Versicherer zur Beschleunigung der Leistungsabrechnung und in diesem Rahmen zum Austausch von Kostenbelegen oder betragsmäßigen Erstattungen direkt mit meiner Innungskrankenkasse in Verbindung setzt.