

R+V Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden

Erklärung zum PDF- und Faxantrag im Maklergeschäft

1. Sie erhalten den ausgefüllten Antrag inkl. Anlage(n) bestehend aus _____ Seiten.
2. Ich bestätige, dass der beigelegte Antrag mit der Antragskopie des Kunden übereinstimmt und
3. dass der Kunde über den Inhalt der Antragsrückseiten, die u. a. die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz enthält, informiert worden ist.
4. Bei Verträgen mit Gesundheitsprüfung ist der Versicherte über die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie über die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht informiert worden.

Agenturnummer/Vermittlernummer

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel Makler

Gilt bei Übermittlung per Fax:

Bitte senden Sie uns nicht zusätzlich den Originalantrag, da dies unter Umständen zu einer Doppelpolicierung führen kann. Die Policierung wird aufgrund des Faxantrages und der beigelegten unterschriebenen Erklärung erfolgen.

Für Rückfragen teilen Sie uns bitte **Ihre Telefonnummer** mit: _____



ANTRAG

Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

R+V Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.01.2011



Im FinanzVerbund der
Volksbanken Raiffeisenbanken

Interne statistische Daten

externe Mitarbeiter-Nr./Bankmitarbeiter				zusätzl. MA				zusätzl. MA					
Fremdagatur				AKT-KZ:		Prod		BVB		Werb		Telefon	
						<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Bemerkungen				Stellen-Nr.				Stellen-Nr.					

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Bei ist Zutreffendes anzukreuzen. Zutreffende Ziffern/Buchstaben bitte in die entsprechenden Datenfelder eintragen.

FD-Nr.	<input type="checkbox"/> Neu	versicherungs-Nr.	Agentur-Nr.	BG	Anrede
	<input type="checkbox"/> Ersatz				<input type="checkbox"/> 1 Herr
Name, Vorname, Titel					<input type="checkbox"/> 2 Frau
Zustellvermerk / Namensergänzung					<input type="checkbox"/> 3 Firma
Straße, Hausnummer*					<input type="checkbox"/> 4 ohne Anrede
Postleitzahl*	Ort*			Postfach	
Telefon (Vorwahl/Anschluss) privat**	Telefax (Vorwahl/Anschluss) privat**		Geburtsdatum		
Telefon (Vorwahl/Anschluss) geschäftlich**	Telefax (Vorwahl/Anschluss) geschäftlich**		Geburtsort/GROKU-Nr.		
E-Mail-Adresse für Vertragskorrespondenz** (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen. E-Mail an redaktion@ruv.de genügt.)					

Nationalität Lnd.-KZ	KD-Art	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellte	<input type="checkbox"/> leit. Angest.	<input type="checkbox"/> Beamte	<input type="checkbox"/> Selbstständige	Haushaltsgröße**	<input type="checkbox"/> Ein-Personen-Haushalt**
		<input type="checkbox"/> in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> Vereine/Verbände	<input type="checkbox"/> Unternehmen			<input type="checkbox"/> Mehr-Personen-Haushalt**
Mitarbeiter Genossenschaft/Verbundunternehmen	ausgeübter Beruf		externe Kundennummer					
<input type="checkbox"/> ja, genaue Bezeichnung								
<input type="checkbox"/> nein, Branche des Unternehmens	<input type="checkbox"/> best. R+V-Versicherungsvertrags-Nr. oder <input type="checkbox"/> KD-Nr.		<input type="checkbox"/> Verbundener Kunde			Grp.-S.-Vertr.-Nr.		<input type="checkbox"/> ledig
R+V-Kunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						<input type="checkbox"/> verheiratet
Mitglied Genossenschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						

* Erstwohnsitz laut Melderegister. Diese Angabe benötigen wir für die Bonitätsprüfung (s. Punkt III. Einwilligungserklärungen, Ziffer 2 Bonität). Bei falscher Angabe behalten wir uns die Anfechtung des Vertrages vor.
 ** Diese Angaben sind freiwillig

Hinweis auf die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bestandteil des Antrags sind einige Fragen an die zu versichernde Person. Versicherungsnehmer und zu versichernde Person sind für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrags und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Wichtig für uns ist die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem gewünschten Inhalt abzuschließen. Anzugeben sind auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur geringe Bedeutung haben.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Dazu sind Sie verpflichtet (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt uns, vom Vertrag zurückzutreten. Ein Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Ist die Anzeigepflichtverletzung dennoch von Ihnen zu vertreten, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt.

Rücktritt und Kündigung kommen nicht in Betracht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Wir können verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Bestandteil des Vertrags werden.

Treten wir nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zurück, sind wir zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, besteht keine Leistungspflicht.

Bei arglistiger Täuschung über einen anzeigepflichtigen Umstand können wir den Versicherungsvertrag auch anfechten.

Sämtliche oben genannten Rechte können wir nicht geltend machen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit Ihrer Anzeige kannten.

Die Beiträge stehen uns zu bis zur Wirksamkeit unserer Rücktritts-, Anfechtungs- oder Kündigungserklärung.

Bevor Sie unterschreiben, kontrollieren Sie bitte nochmals, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, insbesondere wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

Angaben zu den zu versichernden Personen / Versicherungsumfang

Ich beantrage mit Versicherungsbeginn/Änderungsbeginn den Abschluss/die Änderung eines Kranken(KV)/-Pflegepflichtversicherungsvertrags (PPV) für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Versicherungsdauer/-jahr siehe Rückseite I. 3.

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname, ggf. abweichender Zuname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum und Geschlecht	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit/Branche und Berufsstatus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfesätze ambulant/stationär Bund/Bundesland?	<input type="checkbox"/> Arbeitn. <input type="checkbox"/> Selbst. seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Heilfürs. <input type="checkbox"/> Beamnt. <input type="checkbox"/> in Ausb.	<input type="checkbox"/> Arbeitn. <input type="checkbox"/> Selbst. seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Heilfürs. <input type="checkbox"/> Beamnt. <input type="checkbox"/> in Ausb.	<input type="checkbox"/> Arbeitn. <input type="checkbox"/> Selbst. seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Heilfürs. <input type="checkbox"/> Beamnt. <input type="checkbox"/> in Ausb.
Erstmaliger Beginn einer ununterbroch. privaten PPV	amb. <input type="text"/> % stat. <input type="text"/> %	amb. <input type="text"/> % stat. <input type="text"/> %	amb. <input type="text"/> % stat. <input type="text"/> %
*** ZUS = 10 % Zuschlag gemäß GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, siehe Rückseite II.	Tarife Stufe, Tagessatz	Tarife Stufe, Tagessatz	Tarife Stufe, Tagessatz
	Tarifbeitrag EUR inkl. ZUS***	Tarifbeitrag EUR inkl. ZUS***	Tarifbeitrag EUR inkl. ZUS***
	Beitragszuschlag	Beitragszuschlag	Beitragszuschlag
	PPN/B	PPN/B	PPN/B
	Beitrag Person 1	Beitrag Person 2	Beitrag Person 3
Gesamtmonatsbeitrag in Euro			
Bei Vertragsänderung:	Entfallende Tarife	Entfallende Tarife	Entfallende Tarife

Sonstige Versicherungen

Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)					
Person	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name Krankenkasse	von – bis	Mitglieds-Nr./Versicherungs-Nr. (nur bei Wechsel zu R+V angeben)	Krankengeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
3	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Hinweis für PKV-Wechsler: Wenn Sie mit dem Antrag eine Übertragungswertbescheinigung Ihres Vorversicherers einreichen, können wir die Ihnen zustehenden Übertragungswerte bereits von Anfang an berücksichtigen. Außerdem erkennen wir diese als Nachweis der Vorversicherungszeiten an.

Angaben zur privaten Krankenversicherung (PKV)							
Person	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name PKV-Unternehmen	von – bis	Versicherungs-Nr. (nur bei Wechsel der Krankheitskostenvollversicherung angeben)	Krankentagegeld in Euro	Krankenhaustagegeld in Euro	Pflegetagegeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
3	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem Versicherer (auch R+V) abgelehnt oder mit Leistungsausschluss oder Beitragszuschlag angenommen? ja nein

Wenn ja, Person Nr., welcher Versicherer?

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG (Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben)? ja nein Versicherungs-Nr.

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der aktuellen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung Beitragsrückstände? ja nein

Angaben zur Pflegepflichtversicherung

Die PPV besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherer und wird dort beibehalten; Nachweis folgt:

	Person 1	Person 2	Person 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung (s. Rückseite IV. 2.) sind erfüllt. Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite IV. 1.) des Kindes liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2011: 365 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 400 EUR.

Folgender Elternteil ist privat pflegeversichert:

Name pflegevers. bei: seit:

Beitragsbegrenzung von Ehegatten* (nur zu beantworten, wenn einer der Ehegatten* bereits seit dem 01.01.1995 privat pflegeversichert ist oder sich im 1. Halbjahr 2002 nach § 26 a Abs. 1 SGB XI freiwillig versichert hat)

Name des Ehegatten: pflegevers. bei: seit:

Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite IV. 1.) eines Ehegatten* liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2011: 365 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 400 EUR. ja nein

* Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sind Ehegatten gleichgestellt

Einzugsermächtigung / Datenübermittlung an Finanzbehörden / Unterschriften

Die Beiträge für die KV und/oder PPV sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Konto-Nr.	Bankleitzahl	Name des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)	Zahlungsweise (siehe Rückseite I. 5.):
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> jährlich; 4% Skonto bei Einzugsermächtigung
Bank, Filiale, Ort		Unterschrift, falls Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> halbjährlich; 2% Skonto bei Einzugsermächtigung
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> monatlich

Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG (gilt nur für beantragte Vollversicherungen)

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der R+V Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Hinweis: Die Steuer-Identifikationsnummer (IdNr.) wird vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) vergeben. Ist sie nicht verfügbar oder wurde sie noch nicht versandt, kann sie - auch für Kinder - beim BZSt schriftlich oder per E-Mail angefordert werden. Für die Mitteilung der IdNr. benötigt das BZSt Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Geburtsort der versicherten Person. Adresse: BZSt, 53221 Bonn, E-Mail: info@identifikationsmerkmal.de

Bitte beachten Sie:

Wird die Einwilligung in die Übermittlung nicht erteilt, werden die Beiträge zur privaten Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung in der Einkommenssteuererklärung nicht berücksichtigt. Für Angestellte, Beamte und Heilfürsorgeberechtigte wird im Lohnsteuerabzugsverfahren nur der Pauschbetrag für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 39b Abs. 2 Nr. 3d EStG i. d. ab 2010 geltenden Fassung) von 12 % des Arbeitslohns, max. jedoch 1900 EUR bzw. 3000 EUR (bei Steuerklasse III) berücksichtigt. In der Einkommenssteuererklärung gelten dann die Vorsorgehöchstbeträge (1900 EUR für Angestellte und Beamte bzw. 2800 EUR für Selbstständige).

Die Einwilligung kann auch nach Ablauf eines Beitragsjahres bis zum Ende des 2. Kalenderjahres des auf das Beitragsjahr folgenden Jahres erteilt werden. Der Versicherer übermittelt dann nachträglich die abzugsfähigen Beiträge. Eine bereits erfolgte Einkommenssteuererklärung wird ggf. vom Finanzamt ohne weiteren Antrag wieder eröffnet und ein neuer Steuerbescheid erstellt.

Name, Vorname 1. Versicherte Person Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht keine Einwilligung

Name, Vorname 2. Versicherte Person Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht keine Einwilligung

Name, Vorname 3. Versicherte Person Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht keine Einwilligung

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Rückseite. Diese enthält wesentliche Informationen sowie die Ermächtigung des Antragstellers zur Datenübermittlung mit dem Hinweis auf das Widerspruchsrecht gegen Werbung, Markt- oder Meinungsforschung. Die Ermächtigung ist wichtiger Bestandteil des Antrags und Vertrags.

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Widerrufsbelehrung, die über das Widerrufsrecht und die Folgen seiner Ausübung informiert, widerrufen. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, sofern der Versicherungsbeginn vor dem Ende dieser Frist liegt.

Ort, Datum Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers (Versicherungsnehmer), Unterschrift des Vermittlers
der zu versichernden Personen ab 16 Jahre und/oder gesetzliche Vertreter

Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte ggf. ankreuzen	<input type="checkbox"/> 1. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 2. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht – soweit hierzu ein Anlass besteht – die Angaben prüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder Mitteilungen von z. B. Ärzten oder Krankenanstalten ergeben.

Um dies zu ermöglichen bin ich damit einverstanden, dass Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten und Pflegeheimen, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, sowie Bedienstete von anderen Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden für den Versicherungsfall befragt werden können, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Ich befreie sie von Ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ferner ermächtige ich den Versicherer, die bei diesen Personen und Einrichtungen erhobenen Gesundheitsdaten zur Prüfung meiner Ansprüche im erforderlichen Umfang an externe Fachgutachter zu übermitteln.

Diese Erklärung gebe ich mit Wirkung für die Zukunft und über meinen Tod hinaus ab. Sie ist jederzeit widerrufbar.

oder alternativ:

Bitte ggf. ankreuzen	<input type="checkbox"/> 1. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 2. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3. versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Die o.g. Erklärung gebe ich nicht ab. Falls der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Auskünfte benötigt, teilt er mir mit, bei welchen Personen oder Behörden dies der Fall ist.

Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde (Schweigepflichtentbindung im Einzelfall) oder teile dem Versicherer mit, dass ich die benötigten Informationen selbst besorge.

Mir ist bekannt, dass es zur Leistungskürzung oder zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, wenn die erforderlichen Auskünfte nicht oder nur teilweise erteilt werden.

Erklärung für mitversicherte Personen:

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer), der zu versichernden Personen ab 16 Jahre und/oder des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen

Empfangsbestätigung/Zustimmungserklärung

Der Versicherungsnehmer bestätigt, zusammen mit einer Durchschrift des Versicherungsantrags folgende Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben:

– Produktinformationsblatt, Bedingungen der R+V Krankenversicherung AG, Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflicht bei Versicherungsverträgen, Informationsblatt der Aufsichtsbehörde (BaFin)

<input type="checkbox"/> Bedingungsheft - Version PKX	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CD-Rom-Version CRV	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bedingungsheft – Version PKX	<input type="text"/>	als PDF per E-Mail
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer), bei Minderjährigen:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (beide Elternteile oder Vormund)

oder alternativ:

Zustimmungserklärung

Der Versicherungsnehmer erklärt sich damit einverstanden, dass er

– die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und

– die Verbraucherinformationen aufgrund der nach § 7 Abs. 2 VVG erlassenen Rechtsverordnung

in Textform erst mit dem Versicherungsschein erhält.

Der Vermittler hat mich auf Folgendes hingewiesen:

Mit meiner Unterschrift entbinde ich R+V von ihrer Pflicht, mir diese Dokumente rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung zu übermitteln.

Darauf verzichte ich mit Abgabe dieser Erklärung.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer), bei Minderjährigen:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (beide Elternteile oder Vormund)

I. Wesentliche Hinweise

1. Rechtlich selbstständige Verträge

Kranken- und Pflegepflichtversicherungsvertrag sind rechtlich selbstständige Verträge, die lediglich aus Verwaltungsgründen unter derselben Versicherungsnummer geführt werden.

2. Aufgabe einer bestehenden Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

3. Versicherungsdauer/-jahr

Der Vertrag wird pro Person und Tarif in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie in den Tarifen ZV/ZK für die Dauer von 2 Versicherungsjahren, ansonsten für 1 Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das 1. Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres.

Die Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

4. Zustandekommen der Verträge

Die Versicherungsverträge kommen erst zustande, wenn die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers oder der Versicherungsschein zugeworfen ist und der Antragsteller von seinem Widerrufsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

5. Skontoregelung

Die genannte Skontohöhe ist nicht garantiert und kann seitens des Versicherers während der Vertragslaufzeit den Veränderungen des Kapitalmarktes angepasst werden.

II. Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife, soweit diese Bestandteil des Versicherungsvertrags sind.

Erläuterung:

ZUS: Nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 haben Neukunden in den Krankheitskostentarifen der Vollversicherung einen Zuschlag von 10 % auf den Grundbeitrag (ohne sonstige eventuelle Zuschläge) zu zahlen. Dies gilt für Alter 22 bis 60 Jahre. Der Zuschlag dient dazu, die Beiträge ab Alter 65 möglichst konstant zu halten. Im Versicherungsschein wird er je versicherter Person unter der Bezeichnung "ZUS" separat ausgewiesen.

III. Einwilligungserklärungen

1. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

1.1 Ich willige ein, dass der Versicherer meine Daten, soweit sich diese aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben (z. B. Versicherungsfälle, Risiko- oder Vertragsänderungen), im erforderlichen Umfang

a. zur Beurteilung des Risikos sowie zur Abwicklung der Rückversicherung an die Rückversicherer und

b. zur Beurteilung des Risikos sowie zur Abwicklung von Ansprüchen an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere übermittelt. Die Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für anderweitig beantragte Versicherungsverträge und bei künftigen Anträgen.

1.2 Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe bei anderen Versicherern, zu denen ich Vertragsbeziehungen unterhalte oder unterhalten habe, die zur Beurteilung des Risikos oder zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Vertrags erforderlichen Auskünfte einholen und übermitteln bekommen.

1.3 Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an 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.

1.4 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.

1.5 Ich kann der Verarbeitung oder Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

1.6 Schließlich erkläre ich, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

2. Bonität

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden bezieht und benutzt.

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

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt. Bei Kindern bleibt das Einkommen aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des 2. Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, außer Betracht.

2. Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil privat pflegepflichtversichert ist und die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Das Kind ist nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, nicht von der dortigen Versicherungspflicht befreit und hat dort keinen Anspruch auf Familienversicherung.

Es ist nicht hauptberuflich selbstständiger und hat kein Gesamteinkommen (s. Nr. 1), das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet - das sind 365 EUR im Jahr 2011 - bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a SGB IV kein Gesamteinkommen über 400 EUR.