

GS-Eingang		Direktions-Eingang			Vertragsnummer		PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	M	M	J
ADM 1 + PROD.-ANT.%	ADM 2 + PROD.-ANT.%	ADM 3 + PROD.-ANT.%	AST	Verm.	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam		VS an	<input type="checkbox"/> VN						
								<input type="checkbox"/> GS						

Einschluss des Tarifs INTER BEA flex bei der INTER Krankenversicherung AG

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel, Vor- und Zuname _____ Geschlecht m w Straße/Haus-Nr. _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ PLZ _____ Wohnort _____

Ihr Status
 Arbeitnehmer/in Selbstständige/Selbstständiger seit _____
 Freiberufler/in Beamtin/Beamter seit _____
 Schüler/in oder Student/in Soldat/in
 Hausfrau/Hausmann Auszubildende/r
 Sonstiges _____

Telefon privat (mit Vorwahl)* _____ Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)* _____
 Fax* _____ E-Mail* _____

Ihre Berufsgruppe
 Heilwesen Handwerker/in
 Sonstiges _____

Sind Sie Jäger/in?
 Ja Nein

*freiwillige Angaben

Einschluss des Tarifs INTER BEA flex zur Vertragsnummer _____

Als Versicherungsbeginn ist der Erste des Folgemonats möglich.

für Person (Name)	Versicherungsbeginn	Tarif	Summe	Monatsbeitrag
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR

für Person (Name)	Versicherungsbeginn	Tarif	Summe	Monatsbeitrag
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR

Hiermit beantrage ich den Einschluss des Tarifs INTER BEA flex zu den vorgenannten Konditionen in den bestehenden Versicherungsvertrag.

Die Beratung über den Beitragsentlastungstarif im Alter INTER BEA flex wurde protokolliert und von mir unterschrieben. Eine Kopie dieses Protokolls, sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (INTER BEA flex – Stand 01.08.2020) habe ich erhalten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen bei der INTER Krankenversicherung AG ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VWG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Krankenversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, E-Mail-Adresse Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der Beitragsbetrag, der auf den Zeitraum vor und nach Zugang Ihres Widerrufs aufzuteilen ist, errechnet sich aus dem im Versicherungsschein genannten Beitrag, dem dort angegebenen Beitragszahlungszeitraum und der Dauer des Versicherungsschutzes bis zum Widerruf. Die genaue Höhe des einzubehaltenden Betrags hängt also davon ab, zu welchem Zeitpunkt nach Versicherungsbeginn uns Ihr Widerruf zugeht und kann erst zu diesem Zeitpunkt beziffert werden. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (INTER BEA flex) und eine Kopie des Antrags erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

Durch meine Unterschrift gebe ich die vorgenannten Vertragserklärungen ab.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden. Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.

_____ Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)	_____ Ort, Datum	
_____ Eigene IHK Registrierungsnummer	_____ Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller
_____ Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers	_____ Unterschrift der zu versichernden Person 1 (des gesetzlichen Vertreters)	_____ Unterschrift der zu versichernden Person 2 (des gesetzlichen Vertreters)