

Kranken-/Pflegeversicherung

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

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

Eine von der Postanschrift abweichende Meldeadresse für die Datenübermittlung an die Finanzbehörden gemäß Punkt 8 teilen Sie uns bitte gesondert mit

Festnetz privat*

Mobil*

E-Mail*

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Geschwister, die am gleichen Tag wie Sie geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)?

ja

nein

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?

Schüler

Student

Hausfrau/-mann

nicht

erwerbstätig

Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch

Beamter/Beihilfeberechtigter

Beamter in Ausbildung

• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:

Bund

Land:

Sonstige:

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit:

€ mtl. jährl.

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

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Geschwister, die am gleichen Tag wie Sie geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)?

ja

nein

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?

Schüler

Student

Hausfrau/-mann

nicht

erwerbstätig

Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch

Beamter/Beihilfeberechtigter

Beamter in Ausbildung

• Ende der Ausbildung:

Beihilfeverordnung:

Bund

Land:

Sonstige:

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit:

€ mtl. jährl.

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

Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit

Haben Sie Geschwister, die am gleichen Tag wie Sie geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)? ja nein

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?

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:

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

3 Gewünschter Versicherungsschutz, Beiträge

Person Nr. 1			Person Nr. 2		
Tarifbezeichnung (Tarif, Stufe)	Tagegeld/ Beitragsreduzierung	Beitrag	Tarifbezeichnung (Tarif, Stufe)	Tagegeld/ Beitragsreduzierung	Beitrag
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
Monatlicher Beitrag		€	Monatlicher Beitrag		€
Monatlicher Gesamtbeitrag					€

Vereinbarungen/Bemerkungen:

4 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 [29](#) dieses Antrages.

Person Nr. **1** Ja Nein
 Person Nr. **2** 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.

5 Ergänzende Angaben zur Pflegeversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Die Voraussetzungen sind unter Punkt [22](#) beschrieben:

Person Nr. **1** hat kein mtl. Gesamteinkommen: hat ein mtl. Gesamteinkommen von: _____ €
 Person Nr. **2** hat kein mtl. Gesamteinkommen: hat ein mtl. Gesamteinkommen von: _____ €

Für die Beitragsgarantie für Verheiratete/Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes verwenden Sie bitte das Formular KVF-893.

6 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 Taggeldversicherungen Höhe des Taggeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am	Bestehen derzeit dort Beitragsrückstände?
						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich willige ein, dass hinsichtlich meiner Angaben bzgl. Beitragsrückstände die uniVersa Krankenversicherung a.G. ggf. Nachfrage bei den angegebenen Krankenversicherern hält. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die Mitarbeiter der Vorversicherer bzgl. der Übermittlung dieser nach § 203 StGB geschützten Angaben von der Schweigepflicht.

Zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten bzw. zum Erlass der Wartezeiten beachten Sie bitte Punkt [23](#).

7 Bonitätsauskunft

Im Rahmen des Vertragsschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die Auskünfte über Ihr Zahlungsverhalten vorhalten (z.B. infoscore Consumer Data GmbH). Dafür kann es erforderlich sein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Angaben an diese Auskunfteien übermittelt, um die erforderlichen Auskünfte zu erhalten und zu verarbeiten. Diese Auskünfte reichen von sog. harten Negativmerkmalen wie z.B. die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens, die Abgabe einer Eidesstattlichen Versicherung oder Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, bis hin zu sog. weichen Negativmerkmalen wie z.B. die Beantragung eines Mahnbescheides, die Klageerhebung oder außergerichtliche Mahnung. 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. Über Namen und Anschrift der im Einzelfall genutzten Auskunftei erteilen wir Ihnen auf Nachfrage gerne Auskunft. Sollte die nachfolgende Einwilligung nicht erteilt werden, kann es zur Begründung bzw. Durchführung des Vertrages notwendig sein, dass von Ihnen entsprechende Nachweise beigebracht werden, aus denen hervorgeht, dass Sie in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Bei Durchführung bzw. Beendigung des Vertrages (z. B. Zahlungsverzug) ist zudem der Rückgriff auf eine gesetzliche Erlaubnis zur Einholung von Bonitätsauskünften möglich, so dass dann auch ohne Ihre Einwilligung die entsprechenden Auskünfte eingeholt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. zum Zwecke des Vertragsschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung meine Antrags- bzw. Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) – ohne Gesundheitsdaten – sowie nach § 203 StGB geschützte Daten an eine Auskunftei (z.B. infoscore Consumer Data GmbH) übermittelt, dort Daten über mein Zahlungsverhalten erhebt und für die vorgenannten Zwecke verarbeitet und nutzt. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

8 Datenübermittlung an die Finanzbehörden (nur bei einer Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung sowie bei einem Anspruch auf eine Krankenvollversicherung)

Im Rahmen des § 10 Abs. 2b Einkommensteuergesetz (siehe Punkt [30](#)) sind wir verpflichtet, den Finanzbehörden Ihre Vorsorgeaufwendungen – geleistete und erstattete Beiträge – für die Krankenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung sowie für einen Anspruch auf eine Krankenvollversicherung zu melden. Hierzu benötigen wir Ihre Steueridentifikationsnummer und die Steueridentifikationsnummer von ggf. mitversicherten Personen.

Bitte teilen Sie uns diese mit. Falls Sie uns die Steueridentifikationsnummer(n) nicht mitteilen können, werden wir diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen und für die Meldungen verwenden.

Sofern Sie als Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig auch versicherte Person sind, benötigen wir auch Ihr vollständiges Geburtsdatum. Bitte geben Sie uns dies unter Punkt [1](#) dieses Antragsformulars bekannt.

Versicherungsnehmer Steueridentifikations-Nr. _____
Person Nr. 1 Steueridentifikations-Nr. _____
Person Nr. 2 Steueridentifikations-Nr. _____

9 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.

10 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 GESUNDHEITZUSTAND, DIE BESTEHENDEN BZW. BEANTRAGTEN VORVERSICHERUNGEN, DIE EINKOMMENSITUATION 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 32.

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.

	Person Nr. 1		Person Nr. 2	
1 a. Größe:	<input type="text" value=""/>	cm	<input type="text" value=""/>	cm
1 b. Gewicht:	<input type="text" value=""/>	kg	<input type="text" value=""/>	kg
	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 Logopäden, in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 c. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Reha- oder Kuraufenthalt erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a. Wurde in den letzten 10 Jahren die Hilfe von Psychotherapeuten in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 b. Wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel genommen? Wurde in den letzten 10 Jahren eine Behandlung wegen Folgen von Alkoholgenuß durchgeführt oder fand eine Suchtberatung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 c. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren Pflegebedürftigkeit oder eine behördlich anerkannte Behinderung, z. B. Berufskrankheit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung? Ggf. Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Erhöhung bestehender Tarife bzw. bei Produktlinienwechsel:	ja	nein	ja	nein
7. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten oder Beschwerden, wurden Untersuchungen – auch vorsorglich – durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen:	ja	nein	ja	nein
8 a. Wurden in den letzten 3 Jahren zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays durchgeführt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 b. Wurden zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays empfohlen bzw. sind diese beabsichtigt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 c. Fehlen mehr als 2 Zähne – außer Weisheitszähnen – die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zähne fehlen insgesamt?	<input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	
8 d. Name und Anschrift des Zahnarztes:	<input type="text" value=""/>			

Wurde eine der Fragen 2 a bis 8 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, Dioptrienwerte, bei Vorsorge-/ Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/ Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei?		
				ambulant	stationär	operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 a bis 8 b nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen 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 Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer sowie 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.

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- 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.

Gleichmaßen 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.

13 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.

14 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.

15 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.

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

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 Schweigepflichtbindung.

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:

BITTE IMMER
PERSONEN NR. ANGEBEN

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

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 Schweigepflichtbindung, 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 Schweigepflichtbindung 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 31. 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.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung (Fortsetzung)**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 Schweigepflichtbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

16 Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten und Schweigepflichtbindungserklärung zur Beschaffung der Rentenversicherungsnummer (RVNR) und Krankenversichertennummer (KVNR)

Das digitale Gesundheitswesen wird in Deutschland weiter ausgebaut. Im ersten Schritt ist Ihre Krankenversichertennummer (KVNR) für das Implantatregister erforderlich. Die Meldungen anhand der KVNR sind gesetzlich verpflichtend. Ausführliche Informationen zu dieser Einwilligung und Schweigepflichtbindungserklärung finden Sie unter www.universa.de/avb auf der 2. Seite der Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung (KVB-800) ab dem Stand 01.24.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G. mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/Schweigepflichtbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass, falls eine Implantatversorgung erforderlich wird und Ihre KVNR mangels Einwilligung nicht erfasst ist, es insbesondere bei ungeplanten Implantationen zu Verzögerungen führen kann. Ebenso können die digitale Identität (bzw. gegebenenfalls die elektronische Gesundheitskarte (eGK)) sowie die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden.

Erklärung für vertretene Personen

Die abgegebenen Erklärungen gelten gleichzeitig für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

17 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: DE16ZZZ0000102598

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	X Unterschrift/en Kontoinhaber (Name/Vorname/bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)	

18 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 32 sowie die **Hinweise und Erklärungen** unter den Punkten 22 - 31. 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.

19 Widerrufsbelehrung für die Kranken- und Pflegepflichtversicherung**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 Versicherungsschein 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.

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;

Widerrufsbelehrung für die Kranken- und Pflegepflichtversicherung (Fortsetzung)

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 Versicherte 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.

Unterabschnitt 2**Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung**

Bei der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), hat der Versicherte Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

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

20 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
21 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

22 Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegeversicherung

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und sie

- I) nicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 und 11 bzw. nicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
- II) nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 22 SGB XI befreit sind,
- III) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
- IV) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- V) kein **Gesamteinkommen**¹⁾ haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV - im Jahr 2024 monatlich 505 EUR - überschreitet²⁾; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 01. Januar 2024 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze von 538 EUR monatlich zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligengesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens 12 Monaten.
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten: Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI oder § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.

Entsprechende Nachweise – wie Schulbescheinigungen, Uni-Bescheinigungen, Dienstzeitbescheinigungen, usw. – sind ggf. einzureichen.

¹⁾ **Als Gesamteinkommen** gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 EStG); dies sind beispielsweise Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.. Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Im übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgemommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Kinderbetreuungskosten sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig.

²⁾ Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen sie Ihren Berater.

Jede Änderung der Einkommensverhältnisse ist umgehend mitzuteilen.

23 Voraussetzung für den Erlass bzw. Anrechnung von Vorversicherungen auf Wartezeiten

Krankheitskostenvollversicherung

Übertritt aus der deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung: Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden oder Personen, die mit Ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung im unmittelbaren Anschluss daran zur uniVersa Krankenversicherung a.G. wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Vorversicherung anknüpft.

Anträge ohne ausreichende Vorversicherungszeiten gemäß Annahmerichtlinien der uniVersa Krankenversicherung a.G.: Wartezeiterlass kann ich mit einer ärztlichen Untersuchung (Vordruck KVF-930) und zahnärztlichen Untersuchung (Vordruck KVF-845) beantragen. Die Kosten der Untersuchung trage ich als Antragsteller. Geht/Gehen der/die Befundbericht(e) auf den mir ausgehändigten Vordruck(en) des Versicherers nicht innerhalb von einem Monat nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

24 Kopie

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

25 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.

26 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

27 Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass die Versicherungsverhältnisse in der Krankentagegeld- und Pflegezusatzversicherung auf die Dauer von einem Jahr und nach allen anderen Tarifen für die Bereiche 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. Die Pflegeversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

28 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 Verdienstausschlag 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 Verdienstausschlag nachgewiesen werden kann.

29 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 Verschwägerter 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.

30 Auszug aus der gesetzlichen Grundlage für die Datenübermittlung an die Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2b des Einkommensteuergesetzes

...

(2b) Bei Vorsorgeaufwendungen nach Absatz 1 Nummer 3 hat das Versicherungsunternehmen, der Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die Künstlersozialkasse oder eine Einrichtung im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Satz 2 als mitteilungspflichtige Stelle nach Maßgabe des § 93c der Abgabenordnung und unter Angabe der Vertrags- oder der Versicherungsdaten die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge sowie die in § 93c Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c der Abgabenordnung genannten Daten mit der Maßgabe, dass insoweit als Steuerpflichtiger die versicherte Person gilt, an die zentrale Stelle (§ 81) zu übermitteln; sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, sind zusätzlich die Identifikationsnummer und der Tag der Geburt des Versicherungsnehmers anzugeben. Satz 1 gilt nicht, soweit diese Daten mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung (§ 41b Absatz 1 Satz 2) oder der Rentenbezugsmitteilung (§ 22a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) zu übermitteln sind. § 22a Absatz 2 gilt entsprechend. Zuständige Finanzbehörde im Sinne des § 72a Absatz 4 und des § 93c Absatz 4 der Abgabenordnung ist das Bundeszentralamt für Steuern. Wird in den Fällen des § 72a Absatz 4 der Abgabenordnung eine unzutreffende Höhe der Beiträge übermittelt, ist die entgangene Steuer mit 30 Prozent des zu hoch ausgewiesenen Betrags anzusetzen

31 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), Swiss Post Solutions GmbH (KVNR/RVNR: Beschaffung, Abwicklung, Druck- und Call-Center-Dienstleistungen), 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), Versorgungsdienstleister (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)).

32 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.