



# Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

## Vermittler

Vorname | Name

Vermittler-Nummer

## Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht

männlich  weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

**Deutsche Zusatzversicherungen**  Ja  Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

Gesellschaft 3

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

# Betreuungsmandat

## Auftragnehmer

Allves GmbH  
Schaffhauserstr. 33  
4332 Stein/Schweiz

## Auftraggeber

---

---

---

### Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer wird zur Vertretung und Betreuung der unten aufgeführten Punkte nachfolgende Vereinbarung getroffen:

Der Auftraggeber überträgt der Allves GmbH Schweiz die Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge bei Schweizer Kranken- und Versicherungsunternehmen. Kontaktaufnahmen können schriftlich (Brief oder E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Die Verwaltung der Versicherungsverträge umfasst folgende Aufgaben:

- Überprüfung betreffend der eingereichten Anträge und der ausgestellten Versicherungspolicen.
- Anforderung und Entgegennahme von Versicherungspolicen der vermittelten Versicherungsgesellschaften.
- Anforderung und Entgegennahme von Prämienrechnungen zwecks Kontrolle und Sicherstellung der Richtigkeit.
- Die Unterstützung des Geschäftsverkehrs und der Betreuung zwischen Auftraggeber und Versicherungsgesellschaften.
- Das Anfordern und Analysieren von Offerten bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften.
- Die kundengerechte Aufbereitung und Wissensvermittlung über Angebote oder wesentliche Änderungen seitens der Versicherungsgesellschaften.
- Die Unterstützung bei der Abwicklung von Leistungs- und Schadensfällen.

Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Massnahmen, wie z.B. Adressänderungen direkt mit den Versicherungsgesellschaften umzusetzen.

Diese Vereinbarung tritt mit Unterschriftsdatum in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann beidseitig und jederzeit gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der Schriftform.

## Auftraggeber

Stein, \_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Versicherungsanmeldung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Einzelpolice

Familienpolice

Bitte «Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund» beilegen.

## 1 Angaben zum aktuellen Krankenversicherer

Name Ihres aktuellen Grundversicherers \_\_\_\_\_

Kündigung durch:  SWICA  Vermittler/in  Kunde/Kundin

## 2 Antragsteller/in

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen?  Deutsch  Französisch  Italienisch  Englisch

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. SWICA \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht  männlich  weiblich

Nationalität \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Land \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse/Postfach \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber erreichbar) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Aufenthalts-/  B  C  L  G  F  N  S  Ci  Sans-Papiers

Niederlassungsbewilligung  Diplomat oder Person mit Vorrechten nach internationalem Recht (KVV Art. 6)

Status bei Auslandsaufenthalt  Entsandte  Grenzgänger  Rentner (AHV/IV)/arbeitslos  Familienangehörige

Hauptwohnsitz  Schweiz  Ausland

## 3 Antragsteller/in (Zuzug aus dem Ausland oder Grenzgänger/in)

Datum der Anmeldung \_\_\_\_\_ Arbeits-/Bewilligungsbeginn \_\_\_\_\_

Einwohnerkontrolle für Zuzüger/innen\*  Ja  Nein  
 für Grenzgänger/innen\* Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige?  Ja  Nein

\* Der effektive Versicherungsbeginn kann je nach Personengruppe oder Aufenthaltsdauer vom eingetragenen Datum abweichen.

Bitte Kopie der entsprechenden Dokumente beilegen: Aufenthaltsbewilligung, Anmeldung Gemeinde, Grenzgängerbewilligung, Legitimationskarte, Arbeitsvertrag etc.

Beziehen Sie einen Lohn, eine Rente oder sonstige Geldleistungen aus dem Ausland?  Ja  Nein

Wenn ja, aus welchen Ländern? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bei der Einreise in die Schweiz von der Versicherungspflicht befreit?  Ja  Nein

Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Befreiungsverfügung bei.

## 4 Angaben zur Arbeitssituation

Beziehen Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung? (ALV)

Ja  Nein

Sind Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber angestellt?

Ja  Nein

## 5 Zahlungsangaben

### 5.1 Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung  E-Rechnung/eBill\*  Lastschriftverfahren/Debit Direct\*\*  Einzahlungsschein (ESR)

Prämieninkasso Firma

Rechnungsstellung Prämien  monatlich  zweimonatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Zahlung der Kostenbeteiligung  E-Rechnung/eBill\*  Lastschriftverfahren/Debit Direct\*\*  Einzahlungsschein (ESR)

\* Bitte registrieren Sie sich nach Erhalt Ihrer Versicherungspolice bei Ihrer Bank/Post für E-Rechnung/eBill.

\*\* Bitte Lastschriftverfahren-/Debit-Direct-Formular ausgefüllt beilegen.

Bis zur Freigabe der LSV-Belastungsermächtigung durch Ihre Bank stellen wir Ihnen zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine (ESR) zu.

### 5.2 Konto für Gutschriften (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Kontoinhaber/in

\_\_\_\_\_

IBAN (Bank oder Post)

CH \_\_\_\_\_

## 6 Persönliche Versicherungslösung (Krankenpflegeversicherung nach KVG)

Grundversicherungsmodell \*/\*\*

\_\_\_\_\_

Medbase Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis/

\_\_\_\_\_

Name Hausarzt/Ort

Franchise in CHF \_\_\_\_\_ Unfall  Ja  Nein Region \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Monatsprämie in CHF \_\_\_\_\_

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

\*\* Versicherungsträger PROVITA Gesundheitsversicherung AG

# Erklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

## Geschätzte Kundin, geschätzter Kunde

Herzlichen Dank, dass Sie sich für SWICA entschieden haben. Um Ihren Antrag zu vervollständigen, bitten wir Sie, nachfolgende Bestimmungen zu lesen und wo nötig und gewünscht Ihr Einverständnis durch Ankreuzen zu signalisieren und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

## Verständniserklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit der Einreichung der Aufnahmeerklärung beantragen Sie die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG. Sie bestätigen damit, dass die Angaben in der Aufnahmeerklärung korrekt und vollständig sind.

Sie haben rechtsverbindlich die AVB und die ZB, die integraler Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, akzeptiert sowie die Datenschutzerklärung von SWICA zur Kenntnis genommen. Als Versicherte/r in einer Versicherung mit besonderer Versicherungsform haben Sie zugesagt, alle Behandlungen und Untersuchungen gemäss den jeweiligen Vorgaben durchzuführen.

## Datenbearbeitung im Rahmen der Vertragsabwicklung

Im Rahmen der Versicherungsvertragsabwicklung nach KVG bearbeitet SWICA die Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

## Datenaustausch innerhalb der SWICA-Gruppe im Rahmen der Vertragsabwicklung

Um eine speditive Vertragsabwicklung zu garantieren, wird SWICA die bearbeiteten Daten inklusive allfälliger Gesundheitsdaten im Rahmen der Durchführung des Vertrags innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe austauschen und verwenden.

## Weitere Datenbearbeitungen

Falls Sie damit einverstanden sind, wird die SWICA Versicherungen AG die Daten bearbeiten, um Marketingaktivitäten durchzuführen (unter Marketingaktivitäten versteht SWICA Marktforschung, umfassende Betreuung, Beratung und Information über das Dienstleistungsangebot, Vorbereitung und Erbringung massgeschneiderter Dienstleistungen, z.B. Werbung im Print- und Online-Bereich, Unterbreitung von Höherversicherungsangeboten aufgrund statistischer Werte, Kunden-, Interessenten- oder Kulturveranstaltungen, Sponsoring, Ermittlung der Kundenzufriedenheit, künftiger Kundenbedürfnisse oder des künftigen Kundenverhaltens oder Beurteilung eines Kunden-, Markt- oder Produktpotenzials). Dazu werden die Daten der SWICA Krankenversicherungen AG der SWICA Versicherungen AG bekannt gegeben.

## Weitere Informationen zur Datenbearbeitung

Für jegliche weitere Information zur Datenbearbeitung und zu allfälligen Auftragsdatenbearbeitern, zu den Rechtsgrundlagen und den Zwecken der Datenbearbeitung sowie den Rechten, die Sie als betroffene Person in Bezug auf die Datenbearbeitung haben, wird auf die Datenschutzerklärung von SWICA (auch unter [www.swica.ch/datenschutz](http://www.swica.ch/datenschutz)) verwiesen.

## Einverständniserklärung

- Ich wurde über alle für das Versicherungsverhältnis relevanten Bestimmungen wie die relevanten AVB und ZB und allfällige besondere Vereinbarungen informiert und erkläre mich damit vollständig einverstanden.
- Ich bin mit der Datenbearbeitung für Marketingaktivitäten einverstanden.

Name

Vorname

Geburtsdatum  (Tag/Monat/Jahr)

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name und Unterschrift Berater(in)

Nummer Vertriebspartner

Abgegebene Beilagen:

Leistungsübersicht

AVB/ZB

Informationspflicht (Art. 45 VAG)

Merkblätter/Flyer

Datenschutzerklärung

# Zusatzblatt zum E106 und zum E109 im Verhältnis CH-D

**Versicherte Person** (in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Aktueller Arbeitgeberkanton

## 1 Fragen, die von der versicherten Person zu beantworten sind

a) Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland?  
**Falls ja, bitte Buchstaben b – f ausfüllen. Falls nein, weiter zu Buchstabe f.**  Ja  Nein

b) Nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland

Name

Vorname

Geburtsdatum  Tag  Monat  Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum  Tag  Monat  Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum  Tag  Monat  Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum  Tag  Monat  Jahr

c) Wollen sich Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz versichern?  Ja  Nein

d) Haben Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sich von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreien lassen, bzw. wird eine Befreiung noch erfolgen?  Ja  Nein

e) **Nur bei unterstützungspflichtigen Kindern bis 25 Jahre auszufüllen.**  
 Ist der andere Elternteil im Wohnland erwerbstätig?  Ja, dann ist eine Versicherung in der Schweiz nicht möglich  Nein

f) Ich berechtige SWICA dazu, das Formular E106 (S1) für mich und meine mitversicherten Familienmitglieder folgender Krankenkasse zuzustellen und bin mit der Verarbeitung meiner Personendaten durch diese Krankenkasse einverstanden.

Name der Krankenkasse

Anschrift

E-Mail

**Ort/Datum**

**Unterschrift aller volljährigen versicherten Personen**

## 2 Bestätigung des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers

- Die versicherte Person hat mitgeteilt, dass keine nichterwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnort in Deutschland vorhanden sind (Buchstabe 1a).
- Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen sind in der Schweiz versichert (Buchstabe 1c).
- Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen haben von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sind nicht in der Schweiz versichert (Buchstabe 1d).

**Ort/Datum**

**Unterschrift**

**Stempel des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers**

# BERATUNGSPROTOKOLL.

Datum der Beratung  (Tag/Monat/Jahr)  
 Name der Beratungsperson(en)

## VERSICHERUNGSNEHMER/IN

(in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name   
 Vorname   
 Geburtsdatum  (Tag/Monat/Jahr)

## WEITERE FAMILIENMITGLIEDER

Name   
 Vorname   
 Geburtsdatum  (Tag/Monat/Jahr)

Name   
 Vorname   
 Geburtsdatum  (Tag/Monat/Jahr)

Name   
 Vorname   
 Geburtsdatum  (Tag/Monat/Jahr)

**Ich/Wir wurde/n vor Abschluss des/der Versicherungsantrags/anträge über nachfolgende Punkte ausführlich beraten/informiert und nehme/n diese zur Kenntnis bzw. bin/sind damit vollständig einverstanden (besprochene Punkte bitte markieren):**

## OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (KVG)

- Bedingungen des/der gewählten Versicherungsmodelle/s (FAVORIT-Modelle)
- Gewählte Franchise und die daraus entstehenden maximalen jährlichen Kosten

## ZUSATZVERSICHERUNGEN NACH VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

- SWICA-Abschlussaltertarif/Lebensaltertarif
- Rechte/Pflichten BENEVITA Bonusprogramm
- Kostenbeteiligung bei den Produkten COMPLETA TOP, COMPLETA FORTE, OPTIMA und HOSPITA (inkl. Variante HOSPITA FLEX)
- Die gesetzlich/vertraglich festgelegte Kostenbeteiligung sowie die Anrechnung der Kostenbeteiligung der Grundversicherung an diejenige der SWICA-Zusatzversicherungen
- Karenzfrist bei Mutterschaft bei den Produkten HOSPITA, HOSPITA PLUS und GLOBAL CARE (360 Tage ab Antragsunterzeichnung)
- Folgen bei vertragswidrigem Verhalten und bei nicht wahrheitsgetreuen Angaben zur Beurteilung des Risikos, zur Person sowie zur Gesundheit (Anzeigepflichtverletzung)
- Ich/Wir verzichte/n ausdrücklich auf Zusatzversicherungen nach VVG bei SWICA.

- Nachträgliche Änderungen des Gesundheitszustands und der in der Gesundheitsdeklaration aufgeführten Tatsachen müssen bis zum Versicherungsabschluss (Zustellung der Aufnahmebestätigung oder Police) nicht nachgemeldet werden, ausser wenn das Produkt «Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität infolge Krankheit (KTI)» abgeschlossen wird. Nachzumelden sind insbesondere Krankheiten und/oder Unfälle, die nach der Antragstellung eingetreten sind.
- Bei Einschluss des Unfallrisikos in den SWICA-Zusatzversicherungen bzw. bei SWICA-Zusatzversicherungen, die nur das Unfallrisiko decken, sind Unfälle und deren Folgen nur versichert, wenn sich der Unfall erstmalig nach Versicherungsbeginn ereignet.

## VERSCHIEDENES

- ✓ Hiermit bestätige/n ich/wir, dass der Beratungstermin, der zum Antrag führt, nicht aufgrund einer telefonischen Kaltakquise zustande gekommen ist.

### Hiermit bestätige/n ich/wir, die folgenden Informationen erhalten zu haben:

- ✓ Information gemäss Art. 3 Versicherungsvertragsgesetz (insbesondere zu versicherten Risiken, geschuldeten Prämien und weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin, Umfang der Deckung und Leistung [inkl. Ein-/Ausschluss Unfalldeckung] und darüber, ob es sich um eine Summen- oder Schadenversicherung handelt, Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrags, zum Widerrufsrecht nach Art. 2a VVG [inkl. Form und Frist des Widerrufs], zur Frist für das Einreichen der Schadenanzeige und zur zeitlichen Geltung des Versicherungsschutzes)
- ✓ Die relevanten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Zusatzbedingungen, zusätzliche Versicherungsbedingungen sowie besondere Bestimmungen
- ✓ Informationen gemäss Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (zusätzlich bei ungebundenen Versicherungsvermittlerinnen/vermittlern: Offenlegung der Entschädigung gemäss Art. 45b des Versicherungsaufsichtsgesetzes)
- ✓ Information, dass keine Interessenkonflikte gemäss Art. 45a des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorliegen, oder Offenlegung derselben, sofern solche vorhanden sind

## DATENSCHUTZ

- ✓ Die Datenschutzerklärung wurde ausgehändigt oder der Zugang zur Datenschutzerklärung ist gewährleistet.

Besondere Bemerkungen:

**Ich/Wir bestätige/bestätigen hiermit, von der beratenden Person über die in diesem Formular markierten Punkte umfassend informiert worden zu sein und dass ich/wir diese verstanden und vollständig akzeptiert habe/haben.**

Stein,

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ehe-)Partner/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Berater/in

**365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.**

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch





# Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) **41101000000647953** LSV-IDENT. **SWA1W**

## Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Versicherten-Nr.	Firma
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
E-Mail	Geburtsdatum

### Ich wünsche die Prämienzahlung über folgendes Direktbelastungsverfahren:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  via Bank (LSV+)

### Ich wünsche die Prämienzahlung in der folgenden Periodizität:

monatlich  zweimonatlich  dreimonatlich  halbjährlich  jährlich

### Ich wünsche die Kostenbeteiligung direkt meinem Konto zu belasten:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  via Bank (LSV+)

#### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift/-en\*

\*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

#### Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Bankname PLZ, Ort

IBAN (Bankkonto)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift

#### Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

Datum

Stempel und Visum  
der Bank

# Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

– Ergänzungs-/Zusatzversicherung zur GKV/  
Pflegetagegeldversicherung

an kv6 antragmaschine 2205 ty 12591 ID288

K99990200030201

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				

## Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Ergänzungs-/Zusatzversicherung zur GKV/Pflegetageldversicherung

### A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche \_\_\_\_\_  
 Zuname \_\_\_\_\_ Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_ Adresszusatz \_\_\_\_\_  
 Familienstand:  1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit deutsch  oder welche \_\_\_\_\_  
**Ihr Status**  
 Arbeitnehmer/in  Selbstständige/Selbstständiger seit \_\_\_\_\_  
 Freiberufler/in  Beamtin/Beamter seit \_\_\_\_\_  
 Schüler/in oder Student/in  Soldat/in  
 Hausfrau/Hausmann  Auszubildende/r  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
**Ihre Berufsgruppe**  
 Heilwesen  Handwerker/in  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
**Sind Sie Jäger/in?**  
 Ja  Nein

### Ihre Kommunikationsdaten

Telefon\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_  
 Mobil \_\_\_\_\_  
 Fax\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_  
 E-Mail\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

### Ihr Ja zu mehr Kontakt mit der INTER!

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe\* und ihre für mich zuständigen Vermittler die von mir angegebenen Daten verwenden, um mich über von ihnen angebotene Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte und Services werblich zu informieren und mich im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung (z.B. Befragungen zur Servicequalität) anzusprechen unter **Nutzung** der nachfolgend freiwillig von mir ausgewählten Kommunikationswege:

- Telefon  Privat  Geschäftlich  Mobil  auch SMS
- Fax  Privat  Geschäftlich
- E-Mail  Privat  Geschäftlich

Meine **Werbeeinwilligung** kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Auswirkung auf bestehende Vertragsverhältnisse widerrufen.

\*INTER Versicherungsverein aG, INTER Krankenversicherung AG, INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG -BKM

### B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup>, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH<sup>2)</sup>, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH<sup>2)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Titel \_\_\_\_\_ Vorname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
 Zuname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
 Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

### Konto für Leistungsabrechnung, Pauschalleistung

Bis auf Widerruf werden diese Leistungen auf das angegebene Konto überwiesen.

<sup>1)</sup> Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

<sup>2)</sup> Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

**C. Zu versichernde Personen**

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname	_____	_____	_____
ggf. abweichender Zu- oder Geburtsname	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? _____	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? _____	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? _____
Beziehung zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonstiger naher Familienangehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <input type="checkbox"/> KEIN naher Angehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <small>(Die Definition der nahen Angehörigen entnehmen Sie bitte der Seite 8.)</small>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonstiger naher Familienangehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <input type="checkbox"/> KEIN naher Angehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <small>(Die Definition der nahen Angehörigen entnehmen Sie bitte der Seite 8.)</small>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonstiger naher Familienangehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <input type="checkbox"/> KEIN naher Angehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO <small>(Die Definition der nahen Angehörigen entnehmen Sie bitte der Seite 8.)</small>
Familienstand:	Familienstand: _____	Familienstand: _____	Familienstand: _____
1 = ledig 2 = verheiratet 3 = geschieden 4 = verwitwet 5 = eheähnliche Gemeinschaft 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft			
Geburtsdatum und Geschlecht	_____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	_____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	_____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche Art des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird	_____	_____	_____
Berufsstellung	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> _____ Länderschlüssel <small>(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> _____ Länderschlüssel <small>(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> _____ Länderschlüssel <small>(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>

**D. Zur Krankenversicherung/Pflegegeldversicherung**

<b>Ich beantrage</b>	<b>Ich wünsche die Übersendung eines Angebots für</b>
<input type="checkbox"/> den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung/Pflegegeldversicherung	<input type="checkbox"/> eine Krankenzusatzversicherung/Pflegegeldversicherung
<input type="checkbox"/> die Änderung zur Krankenversicherung-Nr./Pflegegeldversicherung-Nr.	<input type="checkbox"/> die Änderung zur Krankenversicherung-Nr./Pflegegeldversicherung-Nr.
_____	_____
<input type="checkbox"/> den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung/Pflegegeldversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit	<input type="checkbox"/> eine Krankenzusatzversicherung/Pflegegeldversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit
Firma, Verband usw.	Firma, Verband usw.
_____	_____

**Tarife/Beiträge**

Beitragszahlungsweise  monatlich  1/4-jährlich  1/2-jährlich  jährlich

	Person 1	Person 2	Person 3																																																																														
Versicherungsbeginn oder Änderungstermin	_____	_____	_____																																																																														
Tarife	<table border="0"><thead><tr><th>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</th><th>Tarifbeitrag EUR</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="0"><thead><tr><th>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</th><th>Tarifbeitrag EUR</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="0"><thead><tr><th>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</th><th>Tarifbeitrag EUR</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz	Tarifbeitrag EUR																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
_____	_____																																																																																
Summe pro Person	_____	_____	_____																																																																														

zur festgelegten Zahlungsweise Gesamtbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

**E. Zusatzfragen für Krankentagegeld** (sofern Krankentagegeld beantragt wird)

	Person 1	2	3
Wie hoch war das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Antragstellung?	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
oder Wie hoch ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der kommenden 12 Monate ab Antragstellung?	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Wichtig: Die Definition zur Errechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 8.</b>			
Besteht ein Krankengeldanspruch in der GKV?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Höhe des Krankengeldes	täglich _____ EUR bei _____	_____ EUR _____	_____ EUR _____
Besteht/Bestand eine weitere private Krankentagegeldversicherung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
(Genauere Datumsangabe erforderlich)	Tagessatz _____ EUR von _____ bis _____ bei _____	_____ EUR _____ _____ _____	_____ EUR _____ _____ _____

Bedingungsgemäß darf das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentagegeldern und Entgeltersatzleistungen der Sozialversicherungsträger (z. B. dem Nettokrallengeld der gesetzlichen Krankenversicherung) das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen (gemäß Definition auf Seite 8), nicht übersteigen.

**Erklärung:**

Ich bestätige, dass die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

**F. Gesundheitsfragen** (außer Pfl egetagegeldversicherung – siehe Abschnitt „G“)

**Wichtiger Hinweis:** Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!

Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigelegt ist.

Bitte beachten Sie, dass für die Tarife INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Zahn Folgendes gilt: für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen werden keine Versicherungsleistungen erbracht.

Bitte beantworten Sie wie folgt:

Für die Tarife INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Ambulant Exklusiv (AVSH), INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Ambulant Premium (APS), INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Stationär Exklusiv (S2/S2R),

INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Stationär Premium (S1/S1R), für die Krankentagegeldtarife KTA, KTMA bis max. 50 EUR und für den Krankenhaustagegeldtarif KHT (U) die Fragen 1–9.

Für die Tarife INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Zahn Exklusiv (Z80), INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Zahn Premium (Z90) und INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Zahn Premium Plus (Z90 Plus) die Fragen 10a, 10b und 10c.

Für die Tarife INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Ambulant Basis (AVP), INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Stationär Basis (SU), INTER QualiMed Z<sup>®</sup> Zahn Basis (Z70) sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten.

	Personen-Nr.	1	2	3
1. Körpergröße	cm	_____	_____	_____
Körpergewicht	kg	_____	_____	_____
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Bestehen chronische Leiden oder liegen/lagen andere Beeinträchtigungen wie z. B. eine Fertilitätsstörung vor?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten, Zahnärzten oder sonstigen Therapeuten statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Besteht eine Fehlsichtigkeit ab +/- 10,0 Dioptrien?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.a) Fehlen natürliche Zähne – außer den Weisheitszähnen und Milchzähnen – und sind noch nicht ersetzt worden?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele?		_____	_____	_____
<b>Für die angegebenen Zähne bleibt der Ersatz einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Brücken, Prothesen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.</b>				
b) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront (auch teilüberkront), sind mit Inlays bzw. Onlays und/oder einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt?		_____	_____	_____
Davon älter als 10 Jahre?		_____	_____	_____
c) Besteht eine Zahn-/Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen, angeraten oder wird sie durchgeführt?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Für eine bestehende Zahn-/Kieferfehlstellung, eine vorgesehene, angeratene oder laufende kieferorthopädische Behandlung ist kein Leistungsanspruch gegeben. Es gilt ein Leistungsausschluss für Kiefer- und Zahnstellungsanomalien und Folgen als vereinbart.</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Name und Anschrift des Hausarztes

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Zahnarztes

\_\_\_\_\_

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem besonderen Blatt (mit Unterschrift) als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Wenn Sie als Antragsteller oder wenn die versicherte(n) Person(en) gewisse Angaben hier nicht machen möchten, holen Sie das bitte innerhalb von 7 Tagen in Textform nach – bitte an INTER Versicherungsgruppe, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

Erläuterungen zu unter 2 bis 10 mit „ja“ beantworteten Fragen:

Pers.-Nr.	zu Frage	Behandlungs-Zeit/Dauer/Monat/Jahr Arbeitsunfähigkeit von/bis	Bezeichnung der Krankheit, Untersuchung oder verbliebenen (auch Unfall-) Folgen, Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### G. Gesundheitsfragen für Pflegetagegeldversicherung

**Wichtiger Hinweis:** Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!

Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigelegt ist.

	Personen-Nr.	1		2		3	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. Körpergröße	cm	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Körpergewicht	kg	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate in Ihren Fähigkeiten oder in Ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde jemals einer der folgenden Anträge auf Feststellung gestellt: Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht ein Grad der Behinderung in Höhe von 50% oder mehr?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurden bei einer derzeit bestehenden Schwangerschaft beim ungeborenen Kind, dessen Elternteil (Mutter oder Vater) Sie werden, Erkrankungen festgestellt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen oder bestanden <b>in den letzten 5 Jahren</b> Erkrankungen, Beschwerden oder fanden Behandlungen/Untersuchungen wie nachfolgend genannt, statt?	ja nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
<u>Zentrales Nervensystem oder Gehirn:</u> Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutungen, Hirnleistungsstörungen, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrocephalus, Infantile Cerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Transitorische ischämische Attacke (TIA), Wachkoma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gefäße oder Herz:</u> Aneurysma, Angina Pectoris, Arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Bluthochdruck (außer medikamentös eingestellter Bluthochdruck mit Werten unter 140/90), Bypass, Embolie, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit (KHK), Raynaud-Syndrom, Stent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Lungen:</u> Asthma bronchiale (tägliche Medikation), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoesyndrom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verdauungsorgane oder Stoffwechsel:</u> Chronische Gicht, Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie (Erhöhtes Gesamtcholesterin ab 250 mg/dl), Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, Nierengicht, Pankreatitis, Primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nieren:</u> Chronisches Nierenversagen, Chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Muskelskelettsystem:</u> Amputation von Arm oder Bein, Glasknochenkrankheit, Klumpfuß, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Marmor-knochenkrankheit, Morbus Bechterew, Muskelatrophie/-dystrophie, Myasthenia gravis, Osteoporose, Rheumatische Erkrankungen, Sichelfuß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sonstiges:</u> AD(H)S, Alkohol-/Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen), Down-Syndrom, HIV-Infektion, Leukämie (Blutkrebs), Lupus erythematodes, Makuladegeneration, Fehlbildung, Psychische Erkrankungen, Sarkoidose (außer akute, inzwischen ausgeheilte Sarkoidose), Tuberkulose (Tbc – außer inzwischen ausgeheilt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bestehen oder bestanden <b>in den letzten 5 Jahren</b> Erkrankungen, Beschwerden oder fanden Behandlungen/Untersuchungen wie nachfolgend genannt, statt?	ja nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Medikamentös eingestellter Bluthochdruck (oberer/systolischer Wert unter 140, unterer/diastolischer Wert unter 90)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie (Erhöhtes Gesamtcholesterin bis maximal 250 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperurikämie (Gicht), außer Nierengicht und chronische Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkarthrosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Arthrose an Schultergelenk, Kniegelenk, Hüftgelenk, Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn ja, mehrere Gelenke betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Arthrose an der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn ja, mehrere Gelenke betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Arthrose an Ellenbogen-, Hand-, Finger- oder Zehngelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wenn ja, mehrere Gelenke betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale (außer tägliche Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Sarkoidose, inzwischen ausgeheilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name und Anschrift des Hausarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn Sie als Antragsteller oder wenn die versicherte(n) Person(en) gewisse Angaben hier nicht machen möchten, holen Sie das bitte innerhalb von 7 Tagen in Textform nach – bitte an INTER Versicherungsgruppe, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

## H. Gesetzliche Krankenversicherung

	Pers.- Nr.	von/seit genaue Datumsangabe	bis erforderlich	Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen
Wo sind Sie gesetzlich krankenversichert?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## I. Pflegepflichtversicherung (sofern Pfl egetagegeld beantragt wird)

	Pers.- Nr.	von/seit genaue Datumsangabe	bis erforderlich	Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen
Wo sind Sie pflegepflichtversichert?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lesen Sie bitte die auf Seite 8 abgedruckten wichtigen Erklärungen und Hinweise. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil des Antrags. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns die erforderlichen Einwilligungen.

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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 INTER Krankenversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. 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 INTER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (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 eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die INTER

Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und 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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die INTER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die INTER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die INTER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

##### 2.2. Erklärungen 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 Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der INTER

Die INTER 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 INTER benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die INTER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel 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 einer anderen Gesellschaft der INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <http://www.inter.de> eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim E-Mail: [datschutzbeauftragter@inter.de](mailto:datschutzbeauftragter@inter.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

### 3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

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

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

**Ich willige ein, dass die INTER 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.**

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. Das 8-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht. Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.

_____	_____	_____
Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)	Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller
_____	_____	_____
Eigene IHK Registrierungsnummer	Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Unterschrift der zu versichernden Person 1 (des gesetzlichen Vertreters)
_____	_____	_____
Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift der zu versichernden Person 2 (des gesetzlichen Vertreters)	Unterschrift der zu versichernden Person 3 (des gesetzlichen Vertreters)

### Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich

– eine Kopie des Antragsformulars (**umfasst 8 Seiten – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“**)

– das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)

– die Widerrufsbelehrung

– die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I und II (bzw. Teil I bis III) der beantragten Tarife

– die Produktinformationsblätter (§ 4 VVG-InfoV) zu den beantragten Tarifen

– die „Informationen gem. § 1 WG-InfoV“

– das Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und

– das Merkblatt zur Datenverarbeitung

erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)



# Wichtige Erklärungen und Hinweise

## Einwilligung gemäß den Vorschriften des Sozialdatenschutzes (nur im Zusammenhang mit der Vermittlung über eine gesetzliche Krankenkasse)

Im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenzuweisung gemäß § 194 Abs. 1a SGB V an meine gesetzliche Krankenkasse hat diese die Vermittlung von Zusatzversicherungen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen übernommen.

Ich willige ein, dass meine Krankenkasse dort vorhandene Sozial-daten zu diesem Zweck an die INTER Krankenversicherung AG übermittelt. Die Bestimmungen des Sozialdatenschutzes (§ 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X) finden Anwendung. Auf die Freiwilligkeit der erhobenen Sozialdaten zum Zweck des Ausfüllens des Versicherungsantrags bin ich hingewiesen worden.

## Abkürzungen

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

## Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO)

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten\*, Lebenspartner\*, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister\*\*,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Verwandte und Verschwägte gerader Linie\*/\*\*,
6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister\*/\*\*,
7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner\*/\*\*,
8. Kinder der Geschwister\*\*,
9. Geschwister der Eltern\*\*,
10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder)\*\*.

\* auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

\*\* auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist

\*\*\* auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

Länderschlüssel zur Beihilfe

- 01 = Bund
- 11 = Baden-Württemberg
- 12 = Bayern
- 13 = Berlin
- 14 = Brandenburg
- 15 = Bremen
- 16 = Hamburg
- 17 = Hessen
- 18 = Mecklenburg-Vorpommern
- 19 = Niedersachsen
- 20 = NRW
- 21 = Rheinland-Pfalz
- 22 = Saarland
- 23 = Sachsen
- 24 = Sachsen-Anhalt
- 25 = Schleswig-Holstein
- 26 = Thüringen
- 98 = freie Heilfürsorge

## Definition des durchschnittlichen Nettoeinkommens

Tarife KTA und KTMA:

Bei Arbeitnehmern gilt 80 % des Bruttogehalts aus unselbständiger Tätigkeit der versicherten Person als durchschnittliches Nettoeinkommen. Zu dem Bruttogehalt zählen neben den regelmäßigen laufenden monatlichen Bezügen auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, regelmäßige Sonderzahlungen und Zulagen.

## Berechnung des versicherbaren Krankentagegeldes

Durchschnittliches Nettoeinkommen (gemäß obiger Definition) abzüglich sonstiger Krankentagegelder und Entgeltersatzleistungen der Sozialversicherungsträger (z. B. dem Nettokrallengeld der gesetzlichen Krankenversicherung).

# Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- **INTER Versicherungsverein aG**
- **INTER Krankenversicherung AG**
- **INTER Lebensversicherung AG**
- **INTER Allgemeine Versicherung AG**

Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- die **Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WvAG**  
Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

## I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

## II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

Stelle:	übertragene Aufgabe:
1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. Eufoma AG Hülchrather Straße 35 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Eilhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsmann-Ibing-Straße 10 44805 Bochum	Durchführung von medizinischen Begutachtungen

5. infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99 76532 Baden-Baden	Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
6. MD Medicus AssistanceService GmbH Industriestraße 2a 67063 Ludwigshafen	Assistance-Leistungen
7. MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74a 50968 Köln	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
8. Rhenus Data Office GmbH Industriestraße 5 48301 Nottuln	Aktenvernichtung
9. ViaMED GmbH Motorstraße 52 70499 Stuttgart	medizinische Dienstleistungen

## III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

**Kategorien:**

1. Assistance-Dienstleister
2. Auskunfteien
3. Hilfsmittelanbieter
4. Inkasso-Unternehmen
5. IT-Dienstleister
6. Medizinische Gutachter
7. Medizinische Dienstleister

**übertragene Aufgabe:**

- Erbringung von Assistance-Leistungen
- Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
- IT-Dienstleistungen
- Erstellung von Gutachten
- Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
- Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.inter.de](http://www.inter.de) einsehbar.

# Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19-22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

## 1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

## 2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

### a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

### b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

### c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Beitragszuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Beitragsanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

### d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

## 3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) 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. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

## 4. 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, der Arglistanfechtung 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.

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19-22

### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

### § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

### § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

### § 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

## 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:

INTER Krankenversicherung AG  
Erzbergerstr. 9-15  
68165 Mannheim  
(oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim),  
Faxnummer 0621 427-944,  
E-Mail-Adresse [Widerruf@inter.de](mailto:Widerruf@inter.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; von der im Versicherungsantrag ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Prämie erhalten Sie den Anteil zurückerstattet, der für die Gewährung von Versicherungsschutz nach Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns gezahlt wurde. 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:

##### 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. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige 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;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. 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;
10. 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;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. 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;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. 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;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

**Ende der Widerrufsbelehrung**