

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine – Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung

an kvf 1804 ty 11700 id030

K99990200030200

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 Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel, Vor- und Zuname _____ Geschlecht m w Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ Straße/Haus-Nr. _____

Steueridentifikationsnummer _____ Hiermit erteile ich die in „Abschnitt C“ beschriebene Einwilligung ja nein 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 _____

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

Ihre Berufsgruppe
 Heilwesen Handwerker/in
 Sonstiges _____

Sind Sie Jäger/in?
 Ja Nein

*freiwillige Angaben

B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH²⁾, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH²⁾ 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.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber) _____ Kreditinstitut _____

Straße/Haus-Nr. _____ IBAN _____

PLZ _____ Wohnort _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Konto für Leistungsabrechnung, Pauschalleistung, Beitragsrückerstattung

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

¹⁾ 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.

²⁾ Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

C. Zu versichernde Personen

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname ggf. abweichender Zu- oder Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> deutsch oder welche? <input type="text"/>
Beziehung zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Eheg. <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonst.
Familienstand: 1 = ledig 2 = verheiratet 3 = geschieden 4 = verwitwet 5 = eheähnliche Gemeinschaft 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft	Familienstand: <input type="text"/>	Familienstand: <input type="text"/>	Familienstand: <input type="text"/>
Geburtsdatum und Geschlecht	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Steueridentifikationsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bitte beachten Sie hierzu – Wichtige Erklärungen und Hinweise – „Bürgerentlastungsgesetz“	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um Ihre für die Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-ID, geleistete und ggf. erstattete Beiträge) an die Finanzbehörden übermitteln zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung . Die Einwilligung ist jederzeit widerruflich. Wird sie nicht erteilt oder später widerrufen, mindert sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge.			
Hiermit erteile ich die vorstehend beschriebene Einwilligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche Art des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Beamter	<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="text"/> <small>Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>	<input type="text"/> <small>Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>	<input type="text"/> <small>Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)</small>
Bei Ausbildungstarifen	Ausbildungsende <input type="text"/>	Ausbildungsende <input type="text"/>	Ausbildungsende <input type="text"/>

D. Zur Krankenversicherung

Ich beantrage

den Abschluss einer Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung

die Änderung zur Krankenversicherungs-Nr.

den Abschluss einer Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit

Firma, Verband usw.

Ich wünsche die Übersendung eines Angebots für

eine Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung

die Änderung zur Krankenversicherungs-Nr.

eine Krankenversicherung/Pflege-Pflichtversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit

Firma, Verband usw.

Tarife/Beiträge

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

	Person 1		Person 2		Person 3	
Versicherungsbeginn oder Änderungstermin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarife	<small>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</small> <input type="text"/>	<small>Tarifbeitrag EUR</small> <input type="text"/>	<small>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</small> <input type="text"/>	<small>Tarifbeitrag EUR</small> <input type="text"/>	<small>zukünftige Tarife, Stufe, Tagessatz</small> <input type="text"/>	<small>Tarifbeitrag EUR</small> <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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflege-Pflichtversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe pro Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Gesamtmonatsbeitrag für die Krankenversicherung <input type="text"/> EUR		für die Pflege-Pflichtversicherung <input type="text"/> EUR		insgesamt <input type="text"/> EUR	

E. Zusatzfragen für Krankentagegeld (sofern Krankentagegeld beantragt wird)

Wie hoch ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Antragsstellung?

Person 1 EUR Person 2 EUR

Wichtig: Die Definition zur Errechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 8. Die entsprechende Methode wird auch im Leistungsfall angewandt. Welche Methode wurde verwendet?

- Berechnungsschema Berechnungsschema
- 80%-Regelung 80%-Regelung

Bedingungsgemäß darf das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankengeldern, Krankentagegeldern und dem Tagessatz aus der Betriebs-/Praxisausfallversicherung, das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen, nicht übersteigen.

Erklärung: Soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, bestätige ich, dass die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

Zusatzfragen für Selbständige

- 1. Selbständig seit _____
- 2. Ist Ihr Betrieb angemeldet? ja nein
 Wenn ja, wo? _____
 (z. B. Gewerbeamt, Handelsregister, Kammer)
- 3. Geschäftsanschrift _____
- 4. Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer _____

- 5. Sind Sie GmbH Geschäftsführer? ja nein
- a. Sind Sie im Handelsregister eingetragen ja nein
- b. Wie hoch ist Ihr GmbH-Anteil? _____ %
- c. Besteht ein Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall? ja nein
 Gegebenenfalls wie lange? _____ Wochen

Zusatzfrage bei Freiberuflern

Freiberufler seit _____

Zusatzfrage für Ärzte

- 1. Haben Sie eine eigene Arztpraxis? ja nein
- 2. Praxisanschrift _____

F. Gesundheitsfragen

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. Befindet sich eine der zu versichernden Personen in Heilbehandlung oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestehen Fehler körperlicher oder geistiger Art, wiederkehrende Beschwerden oder chronische Leiden, Fehlbildungen, Invalidität oder Wehrdienstbeschädigungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wird Rente (außer Altersrente) bezogen? Wenn ja, Art und Grund der Rente. Grad der Behinderung _____ %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Militärkrankenhaus, Sanatorium oder einer Heilstätte/Kuranstalt statt oder wurden sie angeraten? b) Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel eingenommen? (Bitte Name, Dosis, Diagnose und behandelnden Arzt angeben.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a) 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? b) Bei Frauen (bei Beantragung einer Krankheitskostenzusatzversicherung oder eines Krankentagegeldes <u>ohne eine Krankheitskostenvollversicherung</u>): Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind von (einschließlich der im Antrag angezeigten) Krankheiten, Operationen, Unfällen Folgen zurückgeblieben oder stehen Nachbehandlungen an?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. besteht eine Fertilitätsstörung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht eine Fehlsichtigkeit? (Bitte Dioptrien angeben.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	links	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	rechts	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11. Körpergröße	cm	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Körpergewicht	kg	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12.a) Fehlen natürliche Zähne – außer den Weisheitszähnen und Milchzähnen – und sind noch nicht ersetzt worden? Wenn ja, wie viele? Für jeden fehlenden nicht ersetzten Zahn gilt ein Zuschlag in der Krankenversicherung von 5 EUR als vereinbart.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, 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? (Bitte Heil- und Kostenplan vorlegen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten 2 Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt? (Wenn ja, bitte aktuellen Parodontal-Status beifügen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name und Anschrift des Hausarztes

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 1 bis 12 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.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sofern der Raum nicht ausreicht, tragen Sie bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt, welches Sie unterschreiben, ein und verweisen auf diese Anlage. Beiblatt beigelegt ja

G. Zusatzfragen zur Pflege-Pflichtversicherung

Für die Beitragsberechnung sollen gelten:	Personen-Nr.	1	2	3
Neugeschäftskonditionen (=neu) nach § 110 SGB XI		<input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> neu
Altbestandskonditionen (=alt (1)) nach § 110 (1) SGB XI (Nachweis der Vorversicherung seit 01.01.1995 notwendig)		<input type="checkbox"/> alt (1)	<input type="checkbox"/> alt (1)	<input type="checkbox"/> alt (1)
Altbestandskonditionen (=alt (2)) nach § 110 (3) SGB XI (Nachweis der Vorversicherung der letzten 5 Jahre erforderlich)		<input type="checkbox"/> alt (2)	<input type="checkbox"/> alt (2)	<input type="checkbox"/> alt (2)

Begrenzung des Beitrages für privat pflegeversicherte Ehepaare/eingetragene Lebenspartnerschaften (Wichtig: Die Definition zur Errechnung des Gesamteinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 8)

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für eine Beitragsreduzierung des Ehepaar-Gesamtbeitrages/Gesamtbeitrages für eingetragene Lebenspartnerschaft auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung vorliegen, da das monatliche Gesamteinkommen des nachfolgend aufgeführten Ehegatten/Partner der eingetragenen Lebenspartnerschaft nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (Stand 2018: 435 EUR) bzw. mehr als 450 EUR, sofern die Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung rühren, liegt.*

Name/Vorname

Falls ein Ehegatte/Partner der eingetragenen Lebenspartnerschaft bei einer anderen Gesellschaft versichert ist, bitte folgende Angaben ergänzen:

Mein Ehegatte/Partner der eingetragenen Lebenspartnerschaft _____

ist, bei (Gesellschaft) _____ pflichtversichert.

Der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschafts- oder Ruhensversicherung.

Beitragsfreie Kinder (Bitte reichen Sie bei einer Alleinversicherung von Kindern einen Nachweis ein, dass ein Elternteil aktiv privat pflegeversichert ist.)

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung in der Pflegepflichtversicherung für Person 1 Person 2 Person 3 vorliegen, da das monatliche Gesamteinkommen der o. a. Person nicht regelmäßig über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (Stand 2018: 435 EUR) bzw. mehr als 450 EUR, sofern die Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung rühren, liegt.*

* Die Grenze für die Familienversicherung liegt bei 1/7 der monatlichen Bezugsgröße, derzeit 435 EUR, nach § 18 des 4. Sozialgesetzbuches. Wird das Gesamteinkommen voll oder zum Teil durch Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 450 EUR. Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). (Wichtig: Die Definition zur Errechnung des Gesamteinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 8)

H. Vorversicherungen und bei anderen Unternehmen bestehende Versicherungen (bitte alle Fragen vollständig und richtig beantworten)

Wichtiger Hinweis: Bestand keine Vorversicherung oder wird diese nicht nachgewiesen, können wir den Antrag ablehnen oder nur unter besonderen Voraussetzungen (z. B. ärztliches Attest, Prämienzuschlag) annehmen.

	Personen-Nr.	1		2		3		Pers. Nr.	von/seit genaue Datumsangabe erforderlich	bis	Krankenkasse oder Versicherungs- unternehmen	Wenn gekündigt, von wem?	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein						VN
a) Gesetzliche Krankenversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Private Krankheitskostenvollversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Krankheitskosten-Teil-(Zusatz)-Versicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Krankenhaustagegeld-Versicherung(en) über _____ EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Krankengeldanspruch in GKV Höhe des Krankengeldes (täglich) _____ EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Krankentagegeld-Versicherung(en) _____ Karentztage _____ EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Betriebs- / Praxisausfallversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pflege-Pflichtversicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Pflegekrankenversicherung(en) ggfs. Höhe des Tagegeldes _____ EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Personen-Nr.	1		2		3	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge zu den vorgenannten Versicherungsarten abgelehnt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt, oder ist über den Antrag noch nicht endgültig entschieden worden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei welchem Versicherer?

Personen-Nr. 1 Gesellschaft _____ Grund _____

Personen-Nr. 2 Gesellschaft _____ Grund _____

Personen-Nr. 3 Gesellschaft _____ Grund _____

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

I. Weitere Versicherungen und Bausparverträge (Angaben freiwillig)

	Personen-Nr.	1		2		3		Pers. Nr.	von/seit genaue Datumsangabe erforderlich	bis	Krankenkasse oder Versicherungs- unternehmen	Wenn gekündigt, von wem?	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein						VN
a) Lebensversicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Unfallversicherung(en)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bausparvertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

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 Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ärzte, Krankenhäuser und Gutachter weiterleiten zu dürfen.

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 Antragsbearbeitung 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 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) 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.

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.

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

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.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

Widerrufsfolgen

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

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

Besondere Hinweise

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

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)
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)
- 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 VVG-InfoV“
- die „Informationen gem. § 3 VVG-InfoV“ (nur bei Abschluss einer substitutiven Krankenversicherung)
- 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

Länderschlüssel zur Beihilfe

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

Abkürzungen

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

Bürgerentlastungsgesetz

Die Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung sind steuerlich abzugfähig, soweit ein Leistungsniveau abgesichert wird, das im Wesentlichen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung entspricht.

Die Beiträge zu einer Krankenversicherung werden gem. § 10 Abs. 2 a EStG jedoch nur berücksichtigt, wenn der Steuerpflichtige gegenüber dem Versicherungsunternehmen in die Datenübermittlung an die Finanzbehörde eingewilligt hat.

Definition des durchschnittlichen Nettoeinkommens

Für das versicherbare Nettoeinkommen gelten die folgenden Definitionen:

- bei privat vollversicherten Arbeitnehmern: Jahresbruttolohn/-gehalt (Sonderzahlungen, wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld sind zu berücksichtigen) abzgl. Steuern geteilt durch 360 plus max. 50 EUR* für anrechnungsfähige Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung.
- bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern: Jahresbruttolohn/-gehalt (Sonderzahlungen, wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld sind zu berücksichtigen) abzgl. Steuern geteilt durch 360 abzüglich Nettokrallengeld (Bruttokrallengeld abzgl. Sozialversicherungsbeiträge) der GKV.
- bei niedergelassenen Ärzten, Zahn- und Tierärzten: Bruttopraxiseinnahmen (Einnahmen (Umsatzerlöse) aus selbständig/freiberuflich ärztlicher Tätigkeit) abzüglich Steuern.

Beispiel auf Jahresbasis:	Bruttopraxiseinnahmen	180.000 EUR	
	– Steuern	45.000 EUR	
	= Nettoeinkommen	135.000 EUR	: 360 Tage
	Tagessatz	375 EUR	
	+ anrechenbare Sozialbeiträge (sofern Absicherung vorhanden)	50 EUR	(maximal)*
	= versicherbares Tagegeld	415 EUR	

- bei Selbstständigen anderer Berufe und Freiberuflern: Bruttoeinkommen (Gewinn) abzüglich Steuern.

Beispiel auf Jahresbasis:	Einnahmen (Umsatz/Erlös)	300.000 EUR	
	– Geschäfts- und Materialkosten	210.000 EUR	
	Bruttoeinkommen (Gewinn)	90.000 EUR	
	– Steuern	17.500 EUR	
	= Nettoeinkommen	72.500 EUR	: 360 Tage
	Tagessatz	200 EUR	
	+ anrechenbare Sozialbeiträge (sofern Absicherung vorhanden)	50 EUR	(maximal)*
	= versicherbares Tagegeld	240 EUR	

- Ist das Nettoeinkommen auf diesem Wege nur ungenau zu ermitteln, kann es hilfsweise höchstens mit 80% des Bruttoeinkommens (Praxiseinnahmen, Lohn, Gehalt, Gewinn) zu Grunde gelegt werden.

*Versicherbar ist nur der tatsächliche Bedarf. Im Falle eines höheren Bedarfs als 50 EUR sind entsprechende Nachweise vorzulegen.

Hinweis: Bei der Umrechnung auf den Kalendertag werden für das Kalenderjahr (12 Kalendermonate) 360 Kalendertage zugrunde gelegt. Die berufsspezifischen Höchstsätze der Krankentagegeldversicherung sind weiterhin zu berücksichtigen.

Definition Gesamteinkommen (Zusatzfragen zur Pflegepflichtversicherung, siehe Abschnitt G.)

Zur Ermittlung des Gesamteinkommens werden die gesamten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zusammengerechnet (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Vom Gesamteinkommen sind folgende Beiträge 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. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

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 VwAG**

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. Euforma AG Hülchrather Straße 35 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsmann-lbing-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:	übertragene Aufgabe:
1. Assistance-Dienstleister	Erbringung von Assistance-Leistungen
2. Auskunfteien	Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
3. Hilfsmittelanbieter	Versorgung mit Hilfsmitteln
4. Inkasso-Unternehmen	Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
5. IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen
6. Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten
7. Medizinische Dienstleister	Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter 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 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. 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 Gefahrabsicherung 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 Rücktrittes 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.