

Antrag auf

Pflegetagegeldversicherung

Tarif PflegeKOMPAKT – Leistungen im Pflegefall für Pflegestufe III

Tarif PflegeOPTIMAL – Leistungen im Pflegefall für Pflegestufe II und III

Tarif PflegePREMIUM – Leistungen im Pflegefall für Pflegestufe I, II und III

Tarif PflegePLUS – Leistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz

Tarif PflegePRIVAT – zusätzliche Geld- und Serviceleistungen

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung (nur für Mitglieder einer deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung)

UKV V720-60 04.2011 SAP-Nr. 322010

Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gefaxt am

Herr Frau Firma

Titel / Name

Vorname Geb.-tag Monat Jahr

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen / Postleitzahl Wohnort

Telefon privat / Mobil (freiwillige Angabe) Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse / Fax-Nr. (freiwillige Angabe)

Orga 180

Partnernummer

1 8

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Kundenbetreuers

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto eingezogen werden. Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Kontonummer Bankleitzahl Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Kontoinhaber

Unterschrift
(wenn nicht Antragsteller)

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise (monatl. Zahlungsweise erst ab 5 EUR Monatsbeitrag möglich)

jährlich (3 % Skonto)

Ich beantrage bei der **Union Krankenversicherung AG** den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Der Vertrag wird für 1 Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf der Antragsrückseite.

Zu versichernde Person(en)

– Person 1 –

weiblich männlich

– Person 2 –

weiblich männlich

Vorname
Name (falls abweichend vom Antragsteller)
Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Vorname
Name (falls abweichend vom Antragsteller)
Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Versicherungsschutz und Beitrag

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

Person 1

0 1

Monatsbeitrag

Tarif PflegeKOMPAKT Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegeOPTIMAL Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePREMIUM Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePLUS EUR
 Tarif PflegePRIVAT EUR
Gesamtbeitrag EUR

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

Person 2

0 1

Monatsbeitrag

Tarif PflegeKOMPAKT Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegeOPTIMAL Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePREMIUM Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePLUS EUR
 Tarif PflegePRIVAT EUR
Gesamtbeitrag EUR

Bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Person 1

Bestand in den letzten 5 Jahren bei der Union Krankenversicherung AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt? nein ja
Wenn ja, Vers. Nr.:

Wo sind Sie pflegepflichtversichert?

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

Besteht bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) eine Pflegetagegeldversicherung? nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Person 2

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Angaben zum Gesundheitszustand

Hinweis: Durchgeführte prädiktive Gentests (Erläuterung s. Rückseite) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Fragen für alle Pflgetarife

	Person 1		Person 2	
	Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg
P1. Körpergröße und Körpergewicht				
P2. Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
P3. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? Demenz (z. B. Alzheimer, vaskuläre Demenz [durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursachte Demenz]), sonstige Hirnleistungsstörung (z. B. durch Unfall, Infektion, Vergiftung oder Stoffwechselstörung), Apallisches Syndrom (Wachkoma), Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Hirntumor, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Osteoporose, Morbus Bechterew, Leberzirrhose, Querschnittslähmung, Kinderlähmung (inkl. Folgen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Zusatzfrage für Tarife PflegeOPTIMAL, PflegePREMIUM und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P4. Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Zusatzfragen für Tarife PflegePREMIUM, PflegePLUS und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P5. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine der folgenden Krankheiten?
Chronische Nierenerkrankung (dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem, Knochenmarkserkrankungen, Muskelschwund, psychische und psychiatrische Erkrankungen, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Down-Syndrom, Suchterkrankung (Alkohol, Drogen), Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten fünf Jahren)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

P6. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)?
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

Beratungsergebnis und Empfehlung gemäß Beratungspflicht nach § 6 VVG

Sie interessieren sich für eine ergänzende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Ihrem Wunsch entspricht der Tarif PflegeKOMPAKT (Leistungen in Pflegestufe III) bzw. der Tarif PflegeOPTIMAL (Leistungen in Pflegestufe II und III) bzw. der Tarif PflegePREMIUM (Leistungen in Pflegestufe I, II und III). Der Tarif PflegePLUS beinhaltet Leistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz (z. B. Demenz) als Ergänzung zum Pflgetagegeld und mit dem Tarif PflegePRIVAT werden zusätzliche Geld- und Serviceleistungen bei Pflegebedürftigkeit abgesichert.

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

ja
 nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigefügt)

Schweigepflichtentbindung

Ich willige in die „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ ein (siehe Abschnitt „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

ja
 nein: Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich im Einzelfall (siehe Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

Ich kann meine vorgenannte Entscheidung zur Schweigepflichtentbindung jederzeit ändern.

Zusatzklärungen

Bevor ich diese Erklärung zum Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung, eine Erläuterung zur Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Die Tarife werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)

Datum	Antragsteller/Versicherungsnehmer	Zu versichernde Person ab dem 16. Lebensjahr
-------	-----------------------------------	--

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung (nur für Mitglieder einer deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung)

UKV V720-60 04.2011 SAP-Nr. 322010

Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gefaxt am

Herr Frau Firma

Titel / Name

Vorname Geb.-tag Monat Jahr

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen / Postleitzahl Wohnort

Telefon privat / Mobil (freiwillige Angabe) Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse / Fax-Nr. (freiwillige Angabe)

Orga 180

Partnernummer

1 8

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Kundenbetreuers

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto eingezogen werden. Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Kontonummer Bankleitzahl Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Kontoinhaber

Unterschrift
(wenn nicht Antragsteller)

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt,
gilt monatliche Zahlungsweise
(monatl. Zahlungsweise erst
ab 5 EUR Monatsbeitrag
möglich)

jährlich (3 % Skonto)

Ich beantrage bei der **Union Krankenversicherung AG** den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Der Vertrag wird für 1 Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf der Antragsrückseite.

Zu versichernde Person(en)

– Person 1 –

weiblich männlich

– Person 2 –

weiblich männlich

Vorname

Name (falls abweichend vom Antragsteller)

Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit

derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Vorname

Name (falls abweichend vom Antragsteller)

Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit

derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Versicherungsschutz und Beitrag

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

0 1

Person 1

Monatsbeitrag

<input type="checkbox"/>	Tarif PflegeKOMPAKT	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegeOPTIMAL	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePREMIUM	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePLUS				EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePRIVAT				EUR
Gesamtbeitrag					EUR

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

0 1

Person 2

Monatsbeitrag

<input type="checkbox"/>	Tarif PflegeKOMPAKT	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegeOPTIMAL	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePREMIUM	Tagegeld	EUR		EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePLUS				EUR
<input type="checkbox"/>	Tarif PflegePRIVAT				EUR
Gesamtbeitrag					EUR

Bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Person 1

Bestand in den letzten 5 Jahren bei der Union Krankenversicherung AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt? nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

Wo sind Sie pflegepflichtversichert?

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

Besteht bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) eine Pflegetagegeldversicherung? nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Person 2

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Angaben zum Gesundheitszustand

Hinweis: Durchgeführte prädiktive Gentests (Erläuterung s. Rückseite) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Fragen für alle Pflgetarife

	Person 1		Person 2	
	Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg
P1. Körpergröße und Körpergewicht				
P2. Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
P3. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? Demenz (z. B. Alzheimer, vaskuläre Demenz [durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursachte Demenz]), sonstige Hirnleistungsstörung (z. B. durch Unfall, Infektion, Vergiftung oder Stoffwechselstörung), Apallisches Syndrom (Wachkoma), Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Hirntumor, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Osteoporose, Morbus Bechterew, Leberzirrhose, Querschnittslähmung, Kinderlähmung (inkl. Folgen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Zusatzfrage für Tarife PflegeOPTIMAL, PflegePREMIUM und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P4. Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Zusatzfragen für Tarife PflegePREMIUM, PflegePLUS und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P5. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine der folgenden Krankheiten?
Chronische Nierenerkrankung (dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem, Knochenmarkserkrankungen, Muskelschwund, psychische und psychiatrische Erkrankungen, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Down-Syndrom, Suchterkrankung (Alkohol, Drogen), Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten fünf Jahren)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

P6. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)?
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

Beratungsergebnis und Empfehlung gemäß Beratungspflicht nach § 6 VVG

Sie interessieren sich für eine ergänzende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Ihrem Wunsch entspricht der Tarif PflegeKOMPAKT (Leistungen in Pflegestufe III) bzw. der Tarif PflegeOPTIMAL (Leistungen in Pflegestufe II und III) bzw. der Tarif PflegePREMIUM (Leistungen in Pflegestufe I, II und III). Der Tarif PflegePLUS beinhaltet Leistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz (z. B. Demenz) als Ergänzung zum Pflgetagegeld und mit dem Tarif PflegePRIVAT werden zusätzliche Geld- und Serviceleistungen bei Pflegebedürftigkeit abgesichert.

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

ja
 nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigefügt)

Schweigepflichtentbindung

Ich willige in die „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ ein (siehe Abschnitt „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

ja
 nein: Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich im Einzelfall (siehe Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

Ich kann meine vorgenannte Entscheidung zur Schweigepflichtentbindung jederzeit ändern.

Zusatzklärungen

Bevor ich diese Erklärung zum Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung, eine Erläuterung zur Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Die Tarife werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)

Datum	Antragsteller/Versicherungsnehmer	Zu versichernde Person ab dem 16. Lebensjahr
-------	-----------------------------------	--

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung (nur für Mitglieder einer deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung)

UKV V720-60 04.2011 SAP-Nr. 322010

Antragsteller/Versicherungsnehmer

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Antrag wurde gefaxt am

Herr Frau Firma

Titel / Name

Vorname Geb.-tag Monat Jahr

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen / Postleitzahl Wohnort

Telefon privat / Mobil (freiwillige Angabe) Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse / Fax-Nr. (freiwillige Angabe)

Orga 180

Partnernummer

1 8

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Kundenbetreuers

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto eingezogen werden. Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Kontonummer Bankleitzahl Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Kontoinhaber

Unterschrift
(wenn nicht Antragsteller)

Zahlungsweise
sofern keine Angabe erfolgt,
gilt monatliche Zahlungsweise
(monatl. Zahlungsweise erst
ab 5 EUR Monatsbeitrag
möglich)

jährlich (3 % Skonto)

Ich beantrage bei der **Union Krankenversicherung AG** den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Der Vertrag wird für 1 Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf der Antragsrückseite.

Zu versichernde Person(en)

– Person 1 –

weiblich männlich

– Person 2 –

weiblich männlich

Vorname
Name (falls abweichend vom Antragsteller)
Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Vorname
Name (falls abweichend vom Antragsteller)
Geb.-Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Versicherungsschutz und Beitrag

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

Person 1

0 1

Monatsbeitrag

Tarif PflegeKOMPAKT Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegeOPTIMAL Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePREMIUM Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePLUS EUR
 Tarif PflegePRIVAT EUR
Gesamtbeitrag EUR

Versicherungsbeginn

Tag Monat Jahr

Person 2

0 1

Monatsbeitrag

Tarif PflegeKOMPAKT Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegeOPTIMAL Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePREMIUM Tagegeld EUR EUR
 Tarif PflegePLUS EUR
 Tarif PflegePRIVAT EUR
Gesamtbeitrag EUR

Bestehende bzw. beantragte Versicherungen

Person 1

Bestand in den letzten 5 Jahren bei der Union Krankenversicherung AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt? nein ja
Wenn ja, Vers. Nr.:

Wo sind Sie pflegepflichtversichert?

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

Besteht bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) eine Pflegetagegeldversicherung? nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Person 2

nein ja

Wenn ja, Vers. Nr.:

gesetzlich privat AOK Baden-Württemberg / AOK Rheinland/Hamburg / AOK Bayern / LKK in Bayern

Sonstige Krankenkasse (Name)

nein ja

Wenn ja, wo? Tagessatz oder Höhe der Leistung EUR

Angaben zum Gesundheitszustand

Hinweis: Durchgeführte prädiktive Gentests (Erläuterung s. Rückseite) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Union Krankenversicherung AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

Fragen für alle Pflēgetarife

	Person 1		Person 2	
	Größe cm	Gewicht kg	Größe cm	Gewicht kg
P1. Körpergröße und Körpergewicht				
P2. Besteht bereits aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt) oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
P3. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? Demenz (z. B. Alzheimer, vaskuläre Demenz [durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursachte Demenz]), sonstige Hirnleistungsstörung (z. B. durch Unfall, Infektion, Vergiftung oder Stoffwechselstörung), Apallisches Syndrom (Wachkoma), Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Hirntumor, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Osteoporose, Morbus Bechterew, Leberzirrhose, Querschnittslähmung, Kinderlähmung (inkl. Folgen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Zusatzfrage für Tarife PflegeOPTIMAL, PflegePREMIUM und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P4. Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Zusatzfragen für Tarife PflegePREMIUM, PflegePLUS und PflegePRIVAT (nur bei Nachversicherung)

P5. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine der folgenden Krankheiten?
Chronische Nierenerkrankung (dauerhafte Verminderung der Nierenfunktion), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem, Knochenmarkserkrankungen, Muskelschwund, psychische und psychiatrische Erkrankungen, rheumatoide / chronische Arthritis („Rheuma“), Down-Syndrom, Suchterkrankung (Alkohol, Drogen), Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten fünf Jahren)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

P6. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten **fünf** Jahren eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)?
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

Beratungsergebnis und Empfehlung gemäß Beratungspflicht nach § 6 VVG

Sie interessieren sich für eine ergänzende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Ihrem Wunsch entspricht der Tarif PflegeKOMPAKT (Leistungen in Pflegestufe III) bzw. der Tarif PflegeOPTIMAL (Leistungen in Pflegestufe II und III) bzw. der Tarif PflegePREMIUM (Leistungen in Pflegestufe I, II und III). Der Tarif PflegePLUS beinhaltet Leistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz (z. B. Demenz) als Ergänzung zum Pflēgetagegeld und mit dem Tarif PflegePRIVAT werden zusätzliche Geld- und Serviceleistungen bei Pflegebedürftigkeit abgesichert.

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

ja
 nein (gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben und ist beigefügt)

Schweigepflichtentbindung

Ich willige in die „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ ein (siehe Abschnitt „Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

ja
 nein: Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich im Einzelfall (siehe Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall“ in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“).

Ich kann meine vorgenannte Entscheidung zur Schweigepflichtentbindung jederzeit ändern.

Zusatzklärungen

Bevor ich diese Erklärung zum Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung, eine Erläuterung zur Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine / unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Die Tarife werden parallel angeboten. Eine Erläuterung dazu befindet sich in den „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)

Datum	Antragsteller/Versicherungsnehmer	Zu versichernde Person ab dem 16. Lebensjahr
-------	-----------------------------------	--

Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage / Vertragsgrundlage

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarife erkenne ich als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Erläuterung zu prädiktiven Gentests

Gemäß Gendiagnostikgesetz darf der Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig gemacht werden. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

Erläuterung zu den parallel geführten Tarifen

Die Union Krankenversicherung AG (UKV) und die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (BK) bieten auch Tarife parallel an. Parallel bedeutet, dass jeweils derselbe Tarif (gleiche Versicherungsleistungen zu gleichen Bedingungen und zum gleichen Beitrag) von beiden Versicherern rechtlich selbstständig angeboten wird.

Um die Tarife gemeinsam anbieten zu können, wurde eine Vereinbarung zwischen den beiden Versicherern getroffen, wonach alle Versicherungsleistungen, die in den gemeinsam angebotenen Tarifen erbracht werden, zusammen betrachtet und mit den Berechnungsgrundlagen verglichen werden. Wenn die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können die Tarifbeiträge überprüft und ggf. angepasst werden. Weichen sie um mehr als 10 % ab, müssen sie überprüft und ggf. angepasst werden (vgl. § 8b Absatz 1 der jeweiligen AVB, ggf. auch Teil II zu § 8b Absatz 1 der AVB).

Ungeachtet dieses Zusammenwirkens bleibt es bei zwei rechtlich getrennten Versicherungen: Wer sich also bei der UKV versichert, hat nur diese zum Vertragspartner – dasselbe gilt für die BK.

Entbindung von der Schweigepflicht

Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenen Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten oder Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

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

Der Versicherer unterrichtet mich vor einer Erhebung von Gesundheitsdaten bei den genannten Stellen. Ich kann der Erhebung widersprechen. Unabhängig davon entbinde ich bereits jetzt die in diesem Antrag genannten Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenanstalten sowie die genannten Personenversicherer, gesetzlichen Krankenversicherungen und Behörden ausdrücklich von der Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass der Versicherer dort Auskünfte einholt, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist.

Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall

Die oben stehende allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht erteile ich nicht. Stattdessen werde ich nach freiem Ermessen in jedem Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die oben genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen können, die nicht von dem Versicherer, sondern von mir zu tragen sind. Außerdem kann sich die Annahme meines Antrags bzw. die Prüfung einer Leistungspflicht durch den Versicherer verzögern.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen und der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer und die Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern (VKB) sowie die Landesdirektionen des Versicherers und die Versicherungsgruppe, der die zuständige Landesdirektion als Unternehmen angehört, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler sowie an Unternehmen, die mit Serviceleistungen beauftragt sind, weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten – zum Zwecke der Vertrags- und Leistungsbearbeitung an andere Krankenversicherer des VKB-Konzerns weitergibt.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Antragstellung das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, gilt diese Einwilligung nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte und ich dieses zusammen mit dem Versicherungsschein erhalte.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen 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

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Dr. Harald Benzing und die Vorstände Wolfgang Reif und Manuela Kiechle
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Telefax: (0681) 844 - 2509
E-Mail: service@ukv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. 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.

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.

Ihre Union Krankenversicherung AG

Hinweis nach § 19 Absatz 5 VVG auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen

Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, dass ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen ich vom Versicherer in Textform gefragt werde, wahrheitsgemäß und vollständig anzeigen muss. Fragt der Versicherer nach der Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen, bin ich insoweit ebenfalls zur Anzeige verpflichtet.

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, die Anzeigepflicht wurde weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall kann der Versicherer aber den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 VVG handelt. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag oder Leistungsausschluss), geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz; ist vor einem Rücktritt bereits ein Versicherungsfall eingetreten, besteht jedoch Leistungspflicht, wenn die Anzeigepflichtverletzung weder arglistig erfolgt ist noch einen Umstand betrifft, der für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn die Anzeigepflicht schuldlos verletzt wurde oder der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Wird der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten, besteht keine Leistungspflicht.

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, werden sowohl meine eigene Kenntnis und Arglist als auch die Kenntnis und Arglist meines Vertreters berücksichtigt.