

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

AN K6 UNISEX 0713 09735

K99990200030200

GS-Eingang		Direktions-Eingang			Vers.-Schein-Nr.		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	Versicherten-Nr.				

Bei Mehrfachagenturen/Vermittlern bitte Registrierungsnummer vom Zentralregister angeben: _____

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

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel, Vor- und Zuname _____ Geschlecht m w

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____

Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet,
5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Staatsangehörigkeit deutsch oder welche _____

Selbstständig ja seit _____ nein

Beamter/in ja seit _____ nein

Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon privat (mit Vorwahl)* _____

Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)* _____

B. Beitragszahler

Titel, Vor- und Zuname (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch) _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die INTER widerruflich, die Beiträge zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr. _____ BLZ _____

bei _____

mittels Lastschrift abzubuchen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Einlösungspflicht.

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller oder zu versichernde Person.

Beitragszahlungsweise

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

*freiwillige Angaben

Fax privat (mit Vorwahl)* _____

Fax geschäftlich (mit Vorwahl)* _____

E-Mail privat* _____

E-Mail geschäftlich* _____

C. Zu versichernde Personen

Vorname ggf. abweichender Zu- oder Geburtsname _____

Person 1

Person 2

Person 3

Staatsangehörigkeit

deutsch oder welche? _____

deutsch oder welche? _____

deutsch oder welche? _____

Beziehung zum Antragsteller

VN Eheg. Tochter
 Sohn Sonst.

VN Eheg. Tochter
 Sohn Sonst.

VN Eheg. Tochter
 Sohn Sonst.

Familienstand:

1 = ledig 2 = verheiratet

3 = geschieden 4 = verwitwet

5 = eheähnliche Gemeinschaft

6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum und Geschlecht

_____ männl. weibl.

_____ männl. weibl.

_____ männl. weibl.

Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche

Art des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird

Berufsstellung

Selbstständig Arbeitnehmer
 Freiberufler Zeitsoldat
 Berufssoldat
 Beamter

Selbstständig Arbeitnehmer
 Freiberufler Zeitsoldat
 Berufssoldat
 Beamter

Selbstständig Arbeitnehmer
 Freiberufler Zeitsoldat
 Berufssoldat
 Beamter

_____ Länderschlüssel
(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)

_____ Länderschlüssel
(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)

_____ Länderschlüssel
(siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)

D. Zur Krankenversicherung

Ich beantrage

den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung

die Änderung zur Krankenversicherung-Nr. _____

den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung zum Gruppenversicherungs-/

Kollektivvertrag mit

Firma, Verband usw.

Ich wünsche die Übersendung eines Angebots für

eine Krankenzusatzversicherung

die Änderung zur Krankenversicherung-Nr. _____

eine Krankenzusatzversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag

mit

Firma, Verband usw.

Versicherungsbeginn oder Änderungstermin

Person 1 _____ Person 2 _____ Person 3 _____

Tarife/Beiträge

INTER QualiMed Z® Ambulant

Person 1	Tarifbeitrag EUR	Person 2	Tarifbeitrag EUR	Person 3	Tarifbeitrag EUR
<input type="checkbox"/> Basis (Tarif AVP)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif AVP)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif AVP)	_____
<input type="checkbox"/> Exklusiv I (Tarif AVP + Tarif AGP)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv I (Tarif AVP + Tarif AGP)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv I (Tarif AVP + Tarif AGP)	_____
<input type="checkbox"/> Exklusiv II (Tarif AVP + Tarif AHP)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv II (Tarif AVP + Tarif AHP)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv II (Tarif AVP + Tarif AHP)	_____
<input type="checkbox"/> Premium (Tarif AVP + Tarif AGP + Tarif AHP)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif AVP + Tarif AGP + Tarif AHP)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif AVP + Tarif AGP + Tarif AHP)	_____

INTER QualiMed Z® Stationär

<input type="checkbox"/> Basis (Tarif SU)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif SU)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif SU)	_____
<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif S2)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif S2)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif S2)	_____
<input type="checkbox"/> S2B + S2B65	_____	<input type="checkbox"/> S2B + S2B65	_____	<input type="checkbox"/> S2B + S2B65	_____
<input type="checkbox"/> Premium (Tarif S1)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif S1)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif S1)	_____
<input type="checkbox"/> S1B + S1B65	_____	<input type="checkbox"/> S1B + S1B65	_____	<input type="checkbox"/> S1B + S1B65	_____

INTER QualiMed Z® Zahn

<input type="checkbox"/> Basis (Tarif Z70)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif Z70)	_____	<input type="checkbox"/> Basis (Tarif Z70)	_____
<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif Z80)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif Z80)	_____	<input type="checkbox"/> Exklusiv (Tarif Z80)	_____
<input type="checkbox"/> Premium (Tarif Z90)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif Z90)	_____	<input type="checkbox"/> Premium (Tarif Z90)	_____
+ <input type="checkbox"/> ZPro	_____	+ <input type="checkbox"/> ZPro	_____	+ <input type="checkbox"/> ZPro	_____

Auslandsreisekrankenversicherung (nicht alleine abschließbar)

<input type="checkbox"/> AV-W	_____	<input type="checkbox"/> AV-W	_____	<input type="checkbox"/> AV-W	_____
-------------------------------	-------	-------------------------------	-------	-------------------------------	-------

Krankentagegeld (bis max. 50 EUR)

Stufe, Tagessatz		Stufe, Tagessatz		Stufe, Tagessatz	
<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____	<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____	<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____
<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____	<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____	<input type="checkbox"/> TAN (U)	_____
<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____	<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____	<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____
<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____	<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____	<input type="checkbox"/> TMA (U)	_____

Krankenhaustagegeld

<input type="checkbox"/> KHT (U)	_____	<input type="checkbox"/> KHT (U)	_____	<input type="checkbox"/> KHT (U)	_____
----------------------------------	-------	----------------------------------	-------	----------------------------------	-------

Pflegetagsgeld

<input type="checkbox"/> PTN I (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN I (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN I (U)	_____
<input type="checkbox"/> PTN II (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN II (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN II (U)	_____
<input type="checkbox"/> PTN III (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN III (U)	_____	<input type="checkbox"/> PTN III (U)	_____

Summe pro Person _____

zur festgelegten Zahlungsweise Gesamtbeitrag _____ EUR
(Beitragsrate mindestens 10 EUR)

E. Zusatzfragen für Krankentagegeld (sofern Krankentagegeld beantragt wird)

Wie hoch ist das durchschnittliche Nettoeinkommen?

(Wichtig: Die Definition zur Errechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 7)

Person 1 _____ EUR Person 2 _____ EUR Person 3 _____ EUR

Bedingungsgemäß darf das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankengeldern, Krankentagegeldern und dem Tagessatz aus der 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.

F. Gesundheitsfragen

Bevor Sie die Gesundheitsfragen beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“

Bitte beantworten Sie wie folgt:

Für die Tarife INTER QualiMed Z® Ambulant Exklusiv I, INTER QualiMed Z® Ambulant Exklusiv II, INTER QualiMed Z® Ambulant Premium, INTER QualiMed Z® Stationär Exklusiv, INTER QualiMed Z® Stationär Premium die Fragen 1–9.

Für die Tarife INTER QualiMed Z® Zahn Exklusiv und INTER QualiMed Z® Zahn Premium die Fragen 10a, 10b und 10c.

Für die Tarife TAN (U), TMA (U) bis max. 50 EUR, KHT (U) und PTN (U) die Fragen 1–9.

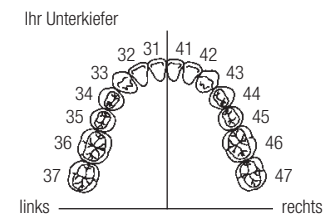
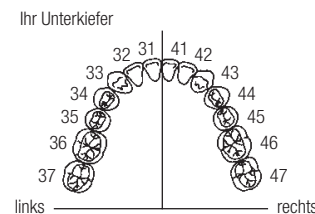
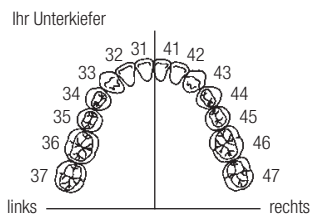
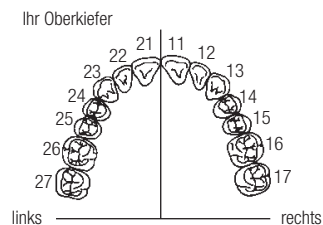
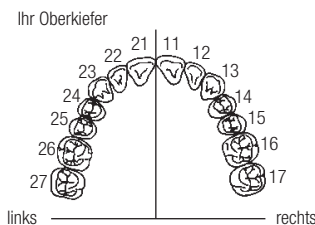
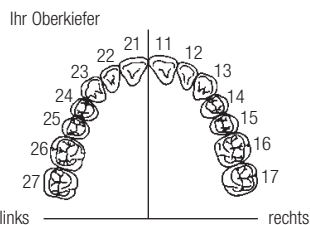
	Personen					
	1		2		3	
1. Körpergröße	cm _____		cm _____		cm _____	
Körpergewicht	kg _____		kg _____		kg _____	
2. Bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestehen chronische Leiden oder liegen/lagen andere Beeinträchtigungen wie z. B. eine Fertilitätsstörung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten, Zahnärzten oder sonstigen Therapeuten statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rechts _____		rechts _____		rechts _____	
	links _____		links _____		links _____	
10.a) Wie viele natürliche Zähne – außer den Weisheitszähnen und Milchzähnen – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden?	_____		_____		_____	

Bitte kreuzen Sie die betroffenen Zähne an. Für die angekreuzten Zähne bleibt der Ersatz einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Brücken, Prothesen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Person 1

Person 2

Person 3



b) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront und/oder sind mit einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt? _____

Davon älter als 10 Jahre? _____

c) Besteht eine Zahnfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? (Bitte Heil- und Kostenplan vorlegen)

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

Name und Anschrift des Hausarztes

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

Ich willige ein, dass die 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 Schweigepflichtbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

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

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 VWG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Krankenversicherung aG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, E-Mail-Adresse Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

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

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

Besondere Hinweise

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

Durch meine Unterschrift gebe ich die vorgenannten Vertragserklärungen ab.

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

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person 1 (des gesetzlichen Vertreters)

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel 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 7 Seiten)
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“
- 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“
- das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG und
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Einwilligung gemäß den Vorschriften des Sozialdatenschutzes

(nur im Zusammenhang mit der Vermittlung über eine gesetzliche Krankenkasse)

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

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

Länderschlüssel zur Beihilfe

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

Definition des durchschnittlichen Nettoeinkommens

Für das versicherbare Nettoeinkommen gilt die folgende Definition:
– bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern: Jahresbruttolohn/-gehalt (Sonderzahlungen, wie z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld sind zu berücksichtigen!) abzgl. Steuern geteilt durch 360 plus maximal 40,- Euro (für anrechnungsfähige Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung)

Abkürzungen

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

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

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- **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: Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt am Main
- übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 2. IMB Consult GmbH
Amtsmann-Ibing-Straße 10
44805 Bochum | Durchführung von medizinischen Begutachtungen |
| 3. MD Medicus Holding GmbH
Industriestraße 2a
67063 Ludwigshafen | Assistance-Leistungen |
| 4. MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74a
50968 Köln | Durchführung von medizinischen Begutachtungen |
| 5. Rhenus Data Office GmbH
Industriestraße 5
48301 Nottuln | Aktenvernichtung |
| 6. ViaMED GmbH
Motorstraße 52
70499 Stuttgart | medizinische Dienstleistungen |

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 |

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

- | Kategorien: | übertragene Aufgabe: |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Assistance-Dienstleister | Erbringung von Assistance-Leistungen |
| 2. Hilfsmittelanbieter | Versorgung mit Hilfsmitteln |
| 3. Inkasso-Unternehmen | Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen |
| 4. IT-Dienstleister | IT-Dienstleistungen |
| 5. Medizinische Gutachter | Erstellung von Gutachten |
| 6. 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



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

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

§ 22 Arglistige Täuschung

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