



Versicherer im Raum der Kirchen

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Beteiligung (G oder T) GEB-Nr.

AV-GOK-N. (allein)

Beteiligungs-GOK-Nr.

Sonderregel

Eingangsstempel

Versicherungsscheinnummer

Neuantrag **Änderungsantrag**

1. Antragsteller/in
 Versicherungsnehmer muss mindestens 18 Jahre alt sein.
 Bitte nur den Namen einer Person eintragen und Antrag in Druckbuchstaben ausfüllen!

Sind oder waren Sie bereits bei den Versicherern im Raum der Kirchen versichert? nein ja

Versicherungs-/Änderungsbeginn: Tag **01** Monat _____ Jahr _____

Name, Vorname: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: () Telefon beruflich: ()

E-Mail: _____
 (bitte E-Mail-Adresse nur angeben, wenn Korrespondenz hierüber erwünscht ist)

Geburtsdatum:

Vers-Nr.: _____

Zahlungsweise monatlich, soweit nichts Abweichendes vereinbart wird: jährlich
Bitte beachten: Es werden keine Rechnungen erstellt!

Nicht vergessen! Bitte Bankverbindung angeben. Die Beiträge sind bis auf Widerruf von dem angegebenen Konto abzubuchen.

Die Einzugsermächtigung gilt für alle bisher bei den Versicherern im Raum der Kirchen abgeschlossenen Verträge des Antragstellers / der Antragsstellerin.

Name und Anschrift des Geldinstituts/Filiale: _____

IBAN

BIC oder Konto-Nr. Diese Angaben können Sie Ihren Bankunterlagen entnehmen.

Bank-leitzahl

Der/die Kontoinhaber/in ist nicht Antragsteller/in (gesonderte Erklärung erforderlich).

Berufsangaben: Angestellte/r Beamter/Beamtin Selbstständige/r, Freiberufler/in Geistlicher in Kirche, Diakonie, Caritas, Sonstige freie Wohlfahrtspflege Sonstiges

ausgeübte Tätigkeit: _____ Rahmenvertragsnummer: _____

Bei hauptberuflicher Tätigkeit im kirchlichen oder öffentlichen Dienst Name und Anschrift der Dienststelle/Einrichtung: _____

Zielgruppen (interne Vermerke) ① ②

neben-/ehrenamtlich tätig in: Kirche, Diakonie, Caritas Sonstiges freie Wohlfahrtspflege

Rahmenvertragsnummer: _____

Mitgliedschaft bei: _____
 (Name der wohlfahrts- oder kirchennahen Organisation)

2. Gewünschte Tarife Tarifbeitrag in €

PT Premium (Leistungen ab Pflegestufe 1)

PT Classic (Leistungen ab Pflegestufe 2)

PT Basis (Leistungen ab Pflegestufe 3)

Gewünschter Tagessatz in 5€-Schritten, max. 100 €:

Ihr Tagessatz erhöht sich jedes 3. Jahr nach dem Erstbeginn um 10 %, aufgerundet auf die nächste €-Tagessatzstufe.

Ich wünsche keine dynamische Anpassung.

Für staatlich geförderte Produkte verwenden Sie bitte den entsprechenden Antrag.

3. Zu versichernde Person KPV11011 Stand: 12.12

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: Geschlecht: männlich weiblich

Arbeitnehmer/in Selbstständige/r, Freiberufler/in seit: _____

Beamter/Beamtin Tätigkeit/Branche: _____

ohne Beschäftigung, vorher ausgeübte Tätigkeit: _____

4. Angaben zur Krankheitskosten- und/oder Pfl egetagegeldversicherung (gesetzlich/privat/Freie Heilfürsorge)

Name Ihres Krankenversicherers: _____ Beginn:

Bestehen anderweitig Krankheitskosten- und/oder Pfl egetagegeldversicherung oder werden solche derzeit beantragt? ja nein Wann?

Wo? _____ Welche? _____

Wartezeiten: Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Näheres regeln die jeweiligen Musterbedingungen.

5. Gesundheitsangaben Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte die Ergänzungen auf einem unterschriebenen Zusatzblatt vor. Zusatzblatt benutzt? ja (wird Bestandteil des Antrags)

Wichtiger Hinweis, bevor Sie die Gesundheitsfragen beantworten: Falsche oder unvollständige Antworten gefährden Ihren Versicherungsschutz. Beachten Sie hierzu die folgenden Informationen unter Ziffer 1 (HINWEIS AUF DIE FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG).

5.1 Körpergröße und Körpergewicht cm kg

5.2 Liegt bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit vor bzw. haben Sie jemals einen Antrag hierzu gestellt? nein ja Wenn ja, bitte nähere Angaben (Diagnose): _____ Behandlung von – bis: _____

5.3 In den letzten 5 Jahren Wurden bei Ihnen stationäre Behandlungen/Untersuchungen/ Operationen, auch Kuren durchgeführt? nein ja Wenn ja, bitte nähere Angaben (Diagnose): _____ Behandlung von – bis: ausgeheilt: nein ja

5.4 Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder wurde in den letzten 10 Jahren eine der Erkrankungen festgestellt? Geben Sie bitte auch an, ob wegen einer der Erkrankungen Folgen bestehen. nein ja Wenn ja, Welche?

HIV-Infektion Krebserkrankung Down-Syndrom insulinpflichtiger Diabetes Mellitus

Parkinson Angina Pectoris Arteriosklerose Apoplexie (Schlaganfall)

Epilepsie Osteoporose Suchterkrankung Bluterkrankheit (Hämophilie)

Leukämie Morbus Crohn Wachkoma Amyotrophe Lateralsklerose

Alzheimer Multiple Sklerose Herzinfarkt Rheumatische Erkrankung

psychosomatische/psychische Erkrankungen

Bitte nähere Angaben zu den Behandlungszeiträumen: _____ ausgeheilt: nein ja

5.5 Ist bei Ihnen in den nächsten 6 Monaten ein stationärer Aufenthalt und/oder eine Operation angedacht (ausgenommen sind stationäre Aufenthalte und Operationen im Zahnbereich)? nein ja Wenn ja, bitte nähere Angaben (Diagnose): _____

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie sonstige Einwilligungen und Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden »Hinweise und Erklärungen«. Durch Ihre Unterschrift nehmen Sie diese Inhalte zur Kenntnis, erklären sich mit deren Einbeziehung in den Vertrag einverstanden und willigen ein in die

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen
- Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
- Datenweitergabe an Rückversicherer und selbstständige Vermittler
- Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, und die
- Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung

Außerdem enthalten die »Hinweise und Erklärungen« u. a. Hinweise zur Anzeigepflicht und Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie Erläuterungen zum Widerrufsrecht.

Wichtig! Zweck und Umfang dieser Erklärungen sind unter »Hinweise und Erklärungen« ausführlich erläutert. Die Durchschrift des Antrags ist für Sie bestimmt.

Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

 Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre (sofern nicht Antragsteller/Antragstellerin)

 Unterschrift der Eltern/des gesetzlichen Vertreters

Ich (Versicherungsnehmer) / Ich (versicherte Person) bin damit einverstanden, zu Zwecken der Information über Produkte von folgenden Gesellschaften und von dem mich betreuenden Vermittler telefonisch unter meiner angegebenen privaten Rufnummer kontaktiert zu werden: VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen, Bruderhilfe Sachversicherung AG im Raum der Kirchen, Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen, Familienfürsorge Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen. Hinweis: Diese Einwilligung können Sie jederzeit durch formlose Erklärung widerrufen.

6. Hinweise und Erklärungen

1. Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sie sind verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bei Verletzung dieser Pflicht haben wir folgende Rechte:

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Wir können vom Vertrag zurücktreten und es besteht kein Versicherungsschutz. Wir sind auch dann leistungsfrei, wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, 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 unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Der Beitrag steht uns bis zum Wirksamwerden unserer Rücktrittserklärung zu.

Kündigung und Fortfall des Versicherungsschutzes

Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen und damit entfällt der Versicherungsschutz. Dieses Recht zur Kündigung haben wir, wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil Sie bzw. die versicherte Person die falschen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Wir können nicht kündigen, wenn Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben.

Vertragsänderung mit Leistungsausschlüssen oder Beitragszuschlägen

Wir können verlangen, dass andere Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden und damit Leistungen ausgeschlossen bzw. eingeschränkt oder Beitragszuschläge zu zahlen sind. Dieses Recht zur Vertragsänderung haben wir, wenn wir weder wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten noch den Vertrag kündigen können, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu diesen anderen Bedingungen geschlossen hätten. Wir können keine Vertragsänderung verlangen, wenn Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben.

Ausübung unserer Rechte

Wir werden unsere Rechte innerhalb eines Monats nach Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht schriftlich geltend machen und dabei die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen.

Unsere Rechte sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte erlöschen drei Jahre nach Vertragsschluss, es sei denn, der Versicherungsfall ist vor Ablauf dieser Frist eingetreten. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich diese Frist auf zehn Jahre.

2. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. der Inhalt des Versicherungsvertrags, an andere Stellen, z. B. die HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein. Dies gilt nicht für die Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung (unter 2.4.).

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, Ihren Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen selbst (unter 2.1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen (unter 2.2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 2.3.).

Darüber hinaus betrifft die Erklärung unter 2.4. die Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung.

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.

Bei Bedarf werden wir darüber hinaus eine auf den Einzelfall bezogene Einwilligung bei Ihnen einholen, z. B. zur Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung oder zur Prüfung der Leistungspflicht.

2.1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit durch die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen

Ich willige ein, dass die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2.2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten sowie Ihrer Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit an Stellen außerhalb der Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der HUK-COBURG-Gruppe oder einer anderen Stelle. Beispielsweise werden die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung und der Vertrieb zentralisiert von der HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg wahrgenommen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten und ggf. Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit für uns 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.vrk.de/datenschutz eingesehen oder bei der HUK-COBURG, ZD29, 96444 Coburg, Telefon: 09561/9645290 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen 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 Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HUK-COBURG Versicherungsgruppe im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns auf Grund 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen 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 Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit oder Religionszugehörigkeit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten sowie meine Angaben zur Religionszugehörigkeit in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

2.3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten sowie Ihrer Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten und Angaben zu Ihrer Religionszugehörigkeit für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen meine Gesundheitsdaten und meine Angaben zu meiner Religionszugehörigkeit, 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.

2.4. Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten dürfen wir im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes zur Werbung für den VRK Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Raum der Kirchen, die Bruderhilfe Sachversicherung AG im Raum der Kirchen, die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen sowie die Familienfürsorge Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen (nachfolgend VRK genannt) als auch zur Markt- und Meinungsforschung verwenden. Der Verwendung Ihrer Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit ganz oder zum Teil z. B. schriftlich an Versicherer im Raum der Kirchen, Kundenbetreuung, 34108 Kassel, oder per E-Mail an info@vrk.de widersprechen.

Damit wir Sie weitergehend über das Angebot an Versicherungs- und Finanzdienstleistungen der VRK sowie mit uns kooperierender Unternehmen informieren können, bitten wir Sie, uns die nachfolgende Zustimmung zu erteilen.

Ich stimme der Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zur Werbung für Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte der VRK, ihrer Kooperationspartner und dem mich betreuenden Vermittler zu, soweit diese nicht ohne Einwilligung zulässig ist.

Diese Erklärung zur Verwendung von personenbezogenen Daten zur werblichen Nutzung sowie zur Markt- und Meinungsforschung gilt für die bei der VRK gespeicherten Daten. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat weder Einfluss auf den Abschluss noch den Bestand Ihrer Versicherungen.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen arbeitet derzeit mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten und nutzen:

HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungskasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg	Bereitstellung der technischen Infrastruktur und Übernahme der Risikoprüfung, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie zentraler Funktionen, insbesondere Datenverarbeitung, Inkasso, interne Revision, Rechtsabteilung, Vertrieb und Datenschutz
HUK-COBURG-Krankenversicherung AG	Übernahme zentraler Funktionen, insbesondere Aufgabensteuerung und Entwicklung der technischen Infrastruktur
HUK-COBURG Assistance GmbH	Abwicklung standardisierter medizinischer Fälle, Betreuung und Beratung bei medizinischen Akutfällen, telefonischer Kundenservice und Serviceleistungen
Private Healthcare Assistance GmbH, weitere Assisteure	Übernahme, Koordination und Überprüfung von Auslandsleistungen, Betreuung und Organisation komplexer medizinischer Fälle, Krankenrücktransporte, Rechnungsprüfung, sonstige medizinische Assistancefälle, Case Management
Almeda GmbH	Medizinische Hotline, Medizinische Assistance im Ausland, Lifestyle-Service
Creditreform Boniversum GmbH, BID Bayerischer Inkasso Dienst Bürge	Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfung, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
IT-Dienstleister	Wartung, Programmierung und Test, Datenübertragung, Entsorgung von Dokumenten und Hardware

Kooperationspartner	Beratung und Betreuung u.a. durch/ bei medizinische/n Versorgungszentren, Anbieter für ambulante Psychotherapie, Anbieter für Lasik-Operationen, Hilfsmittellieferanten, Heilmittelanbieter, Optiker, Psychotherapie-Kliniken, Schmerztherapiezentren, Kliniken für Anschlussheilbehandlungen, Suchtkliniken, Zahnärzte, zahn technische Labore
Rückversicherungen	Rückversicherungsgeschäft

3. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Diese Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die sonstigen gesetzlich vorgeschriebenen Informationen in Textform erhalten. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf hat die unten beschriebenen Rechtsfolgen. Er ist zu richten an:

Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen, Doktorweg 2 – 4, 32752 Detmold, Fax: 05231 9753710, E-Mail: info@vrk.de

Widerrufsfolgen

Mit Zugang Ihres Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz. Soweit Sie auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag hingewiesen wurden und zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, müssen Sie uns den auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des ausgewiesenen Versicherungsbeitrags bezahlen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. In beiden Fällen erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Kalendertagen, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil eines bereits gezahlten Beitrags.

Nur wenn Sie noch keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben und ein Hinweis auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag oder Ihre Zustimmung zum vorzeitigen Versicherungsbeginn fehlen, erstatten wir Ihnen zusätzlich den gesamten für das erste Jahr des Versicherungsschutzes bereits gezahlten Beitrag zuzüglich Zinsen.

4. Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

5. Allgemeines

Ihr Antrag, sowie die eventuell ergänzend eingereichten Unterlagen werden digitalisiert auf elektronischen Datenspeichern aufbewahrt. Bitte senden Sie uns daher lediglich Kopien der Ihnen vorliegenden Originalunterlagen (Arztberichte, behördliche Bescheide usw.). Zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben, verarbeiten und nutzen wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.

Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen, Doktorweg 2–4, 32752 Detmold
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Martin Böckel.
 Vorstand: Jürgen Mathuis (Sprecher), Jürgen Stobbe.
 Sitz der Aktiengesellschaft: Detmold; eingetragen beim Amtsgericht Lemgo HRB 6420; St.-Nr. 9212/101/00021

Die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen ist eine Konzerngesellschaft der HUK-COBURG Versicherungsgruppe.
 Die Speicherung und weitere Bearbeitung Ihrer Daten erfolgt auch bei der HUK-COBURG, Bahnhofplatz, 96444 Coburg.

Beitragszahlungen: BayernLB München (BLZ: 700 500 00) Konto 2034343; IBAN: DE14 7005 0000 0002 0343 43; BIC=BYLADEMM
Sonstige Zahlungen: BayernLB München (BLZ: 700 500 00) Konto 34343; IBAN: DE17 7005 0000 0000 0343 43; BIC=BYLADEMM

Besucherschrift:

Doktorweg 2 – 4, 32752 Detmold
 Telefon 05231 9753030
 Telefax 05231 9753710

info@vrk.de
 www.vrk.de



Antrag auf Pflegetagegeld- Versicherung

Wichtige Hinweise zu Ihrem Krankenversicherungsantrag:

1. Was sollten Sie beim Wechsel einer privaten Krankenzusatzversicherung beachten?

Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenzusatzversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.

Der Vertrag kommt erst mit Annahme des Antrags durch die Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen zustande.

2. Was unterscheidet eine Risikovorabfrage/einen Probeantrag vom Antrag?

Wenn Sie als Antragsteller auf Grund Ihrer Gesundheitsverhältnisse eine erhöhte Risikoeinschätzung durch den Versicherer befürchten müssen, haben Sie die Möglichkeit, einen Probeantrag zu stellen oder eine Risikovorabfrage vornehmen zu lassen. Dies verpflichtet Sie zu nichts. Sind Sie mit den angebotenen Konditionen einverstanden, müssen Sie einen Antrag stellen bzw. schriftlich erklären, dass Ihr Probeantrag als Antrag verstanden werden soll.

3. Wie wichtig sind vollständige Antragsangaben?

Bitte nehmen Sie die Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen – auch bei einem Probeantrag – sehr ernst. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt. Unvollständige oder falsche Angaben zu Gesundheitsfragen können dazu führen, dass Sie den neuen Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Bitte achten Sie darauf, dass alle Gesundheitsangaben, die Sie dem Versicherungsvermittler gegenüber mündlich gemacht haben, auch schriftlich festgehalten sind – sonst ist Ihr Versicherungsschutz in Gefahr!

4. Was ist bei der Tarifauswahl und späteren Erweiterungen des Versicherungsschutzes zu beachten?

Bitte beachten Sie bei der Tarifauswahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.

