

## **Antrag**

zur Teilnahme an der betrieblichen  
Ergänzungsversicherung nach den Tarifen  
ZVP für Personen, die in der deutschen  
gesetzlichen Krankenversicherung  
versichert sind.

## Antrag

### zur Teilnahme an der betrieblichen Ergänzungsversicherung nach den Tarifen ZVP

#### I. Antragsteller/Hauptversicherter

Name, Vorname	Telefon/Fax tagsüber/abends (freiwillige Angabe)
Straße, Hausnummer	Name, Sitz Arbeitgeber/Verband*/Verein*
Postleitzahl, Ort	

\*bitte ggf. Mitgliedsbescheinigung beifügen!

Besteht oder bestand für die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren eine Krankenversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG?  nein  ja

Falls ja, bitte Versicherungsnummer angeben: **KK-** [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] **KE-** [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass die Tarife ZVP ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, so dass sich die Beiträge nach Ihrem jeweiligen Lebensalter (entsprechend den tariflichen Lebensaltersgruppen) richten. Sollten Sie bereits in einer privaten Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung mit Alterungsrückstellungen versichert sein, verlieren Sie bei einem Wechsel in die Tarife ZVP die bereits angesparte Alterungsrückstellung.

#### II. Zu versichernde Personen

Ich beantrage für folgende Personen die Teilnahme an der betrieblichen Ergänzungsversicherung auf eigene Kosten entsprechend dem zwischen meinem Arbeitgeber und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG bestehenden Gruppenvertrag über die Tarife ZVP. Die Versicherung soll am Ersten des Monats nach Zugang des Antrags beim Versicherer beginnen.

##### 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 Seite 2 der Anlage zum Antrag.

	Antragsteller	Ehe-/Lebenspartner	Kind 1	Kind 2
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht bereits bei einer anderen privaten Krankenversicherung eine gleichwertige Zusatzversicherung, die weiter bestehen bleibt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beantragter Tarif (hier kann nur jeweils ein Tarif beantragt werden)	<input type="checkbox"/> ZVP Basis <input type="checkbox"/> ZVP Standard <input type="checkbox"/> ZVP Comfort	<input type="checkbox"/> ZVP Basis <input type="checkbox"/> ZVP Standard <input type="checkbox"/> ZVP Comfort	<input type="checkbox"/> ZVP Basis <input type="checkbox"/> ZVP Standard <input type="checkbox"/> ZVP Comfort	<input type="checkbox"/> ZVP Basis <input type="checkbox"/> ZVP Standard <input type="checkbox"/> ZVP Comfort
Hinweis: Der Tarif ZVP Premium kann nur gemeinsam mit dem Tarif ZVP Comfort geführt werden.	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Premium	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Premium
Hinweis: Der Tarif ZVP Plus kann nur gemeinsam mit dem Tarif ZVP Basis, ZVP Standard oder ZVP Comfort geführt werden.	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Plus	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Plus	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Plus	und zusätzlich: <input type="checkbox"/> ZVP Plus

#### III. Angaben zum Gesundheitszustand

**Hinweis:** Durchgeführte prädiktive Gentests (Erläuterung s. Seite 1 der Anlage zum Antrag) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden.

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

##### Fragen zu den Tarifen ZVP Standard und ZVP Basis

	Antragsteller		Ehe-/Lebenspartner		Kind 1		Kind 2	
	Vorname		Vorname		Vorname		Vorname	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
A1. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen und bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind? * ggf. Risikozuschlag lt. Tabelle auf Seite 3 (Beantwortung bei Kindern erst ab Alter 15 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja:	Anzahl*	wenn ja:	Anzahl*	wenn ja:	Anzahl*	wenn ja:	Anzahl*
A2. Finden zurzeit Zahnersatzmaßnahmen (inkl. Inlays/Onlays) statt oder hat der Zahnarzt innerhalb der letzten zwei Jahre eine Maßnahme angeraten, die bisher jedoch noch nicht durchgeführt wurde?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten? HIV-Infektion, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Asthma bronchiale, Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule und Rückenmuskulatur, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Depressionen, Diabetes mellitus („Zucker“), Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Neurodermitis, Schuppenflechte, Pollenallergie, rheumatoide/chronische Arthritis („Rheuma“), Morbus Bechterew.**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fragen zu den Tarifen ZVP Comfort und ZVP Premium**

Ist eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind im vorgesehenen Antwortteil nähere, ausführliche Angaben einzutragen. Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, ist die Beantwortung der nachstehenden Fragen unter Angabe der jeweiligen Antragsziffern auf einem gesonderten Blatt als Anlage vorzunehmen.

	Antragsteller		Ehe-/Lebenspartner		Kind 1		Kind 2	
	Vorname		Vorname		Vorname		Vorname	
	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
B1. Körpergröße/Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. Erfolgte in den letzten fünf Jahren eine ambulante oder stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchungen), Beratung, Behandlung oder Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. Bestanden darüber hinaus in den letzten fünf Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche bzw. geistige Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. Sind Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen vorgesehen oder angeraten (ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7. Werden oder wurden in den letzten drei Jahren länger als vier Wochen Arzneimittel und/oder Beruhigungsmittel (außer Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mineralstoffe und Vitamine zur Vorbeugung von Mangelzuständen) genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen und bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind? * ggf. Risikozuschlag lt. Tabelle (Beantwortung bei Kindern erst ab Alter 15 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9. Finden zurzeit Zahnersatzmaßnahmen (inkl. Inlays/Onlays) statt oder hat der Zahnarzt innerhalb der letzten zwei Jahre eine Maßnahme angeraten, die bisher jedoch noch nicht durchgeführt wurde? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Risikozuschlagstabelle für die Tarife ZVP Basis, ZVP Standard und ZVP Comfort

Tarif	ZVP Basis	ZVP Standard	ZVP Comfort	Tarif	ZVP Basis	ZVP Standard	ZVP Comfort
1 fehlender Zahn	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3 fehlende Zähne	1,50 €	4,50 €	4,50 €
2 fehlende Zähne	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4 fehlende Zähne	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

Ab 4 fehlenden Zähnen ist eine Aufnahme in die Tarife ZVP nicht möglich!

**Antwortteil**

Vorname	zu Frage	Nähere Angaben zu den Fragen B2. bis B4.	Name und Anschrift des Arztes, Therapeuten, Heilpraktikers, Krankenhauses, Sanatoriums	Behandlung von/bis	Operation (ambulant/stationär) nein/ja	Hat die Krankheit Folgen hinterlassen?	Wenn ja, welche (z. B. Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, zurzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit)? Wenn nein, ausgeheilt seit wann?
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Für die Person/en  wurde zur Beantwortung der Fragen  ein zusätzliches Blatt verwendet, das diesem Antrag beiliegt.

**Fragen zum Tarif ZVP Plus**

	Antragsteller		Ehe-/Lebenspartner		Kind 1		Kind 2	
	Vorname		Vorname		Vorname		Vorname	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
C1. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. Findet zurzeit eine Krankenhausbehandlung statt, steht eine Krankenhausbehandlung bevor oder ist eine solche angeraten? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* Ist eine der Fragen mit „ja“ beantwortet, ist eine Aufnahme der betreffenden Person in die Tarife ZVP Basis, ZVP Standard, ZVP Plus, ZVP Comfort bzw. ZVP Premium nicht möglich.

**IV. Einzugsermächtigung (zwingend erforderlich)**

Ich übernehme für die oben aufgeführten Personen die Beitragsschuld anstelle des Versicherungsnehmers/Arbeitgebers in vollem Umfang. Die Beiträge sollen bis auf Widerruf monatlich von meinem Konto abgebucht werden. Auf dieses Konto sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)  Unterschrift (falls nicht Antragsteller)

Kontonummer  Bankleitzahl  Name und Ort des Geldinstitutes

**Bestätigungen zu den Informationspflichten gemäß § 7 VVG**

- Ich habe das Produktinformationsblatt, die Versicherungsinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.
- Eine gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben (siehe Anlage).

**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“).
- Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich im Einzelfall (siehe „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 Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 1 der Anlage zum Antrag die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“. Sie enthalten unter anderem einen Hinweis auf das Widerrufsrecht, eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und eine Datenschutzklausel. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Datum, Unterschrift des Antragstellers  Unterschrift weiterer zu versichernder Personen (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

---

**Wird vom Versicherer ausgefüllt!**

HV/NV/Zweigstelle	3	0	0	3						
<b>Bitte dringend ZusOB beachten:</b>										
SI/IZB-Ref.Nr.										
SPK VermKennzeichen	S									

HV/NV/Zweigstelle	3	0	0	3						
<b>Bitte dringend ZusOB beachten:</b>										
FIDUCIA-Kennung	Y	H								

Stempel und Telefon/Fax des Vermittlers
---

---

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53, 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30, 81539 München  
Telefon (0 89) 21 60-88 88, Telefax (0 89) 21 60-27 14  
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand: Axel Kampmann (Vorsitzender),  
Manuela Kiechle, Wolfgang Reif  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Friedrich Schubring-Giese  
Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München

Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:  
BayernLB  
(BLZ 700 500 00) Konto 24 345  
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
BIC (SWIFT) BYLADEMM

## Anlage zum Antrag zur Teilnahme an der betrieblichen Ergänzungsversicherung nach den Tarifen ZVP (zum Verbleib beim Antragsteller)

### 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. Grundlage ist auch der Gruppenversicherungsvertrag.

#### Zustandekommen des Vertrages

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

#### 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 offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ wird dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit verstanden.

#### 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 Versicherungsnachweis, 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

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den  
Vorstandsvorsitzenden Herrn Axel Kampmann und die  
Vorstände Wolfgang Reif und Manuela Kiechle  
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München  
Hausanschrift: Wargauer Straße 30, 81539 München  
Telefax: (0 89) 21 60-85 98  
E-Mail: service@vkb.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 Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

#### 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 veranlassten Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten oder von 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.

##### Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren z. B. von der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden bezieht und nutzt.

##### 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; ein 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 Versicherungsnachweis erhalte.

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Maximilianstraße 53, 81537 München schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

## Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir 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.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere 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 Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

## 5. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung von uns wirksam angefochten wird, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

## 6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung 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.

# Wichtige Hinweise

## 1. Allgemeines

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Tel. (0 89) 21 60-85 07 [Fax: (0 89) 21 60-85 98]. Bitte machen Sie sich eine Kopie und senden Sie das unterschriebene Original an die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG Abteilung C2BF13 Maximilianstr. 53 81537 München

## 2. Unternehmensinformationen

### Vertragspartner

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
Maximilianstraße 53  
D-81537 München  
Telefon: (089) 21 60-85 07  
Telefax: (089) 21 60-85 98  
www.versicherungskammer-bayern.de

### Rechtsform

Aktiengesellschaft

### Handelsregister

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
Sitz: München, Deutschland  
Registergericht München  
HRB: 111 650

### Steuernummer

DE172489027

### Vorstand

Axel Kampmann (Vorsitzender)  
Manuela Kiechle, Wolfgang Reif

### Vorsitzender des Aufsichtsrates

Friedrich Schubring-Giese

### Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

## 3. Hinweise zum Gruppenversicherungsvertrag über die Tarife ZVP

### Versicherbarer Personenkreis

Versicherbar sind Personen (Mitarbeiter/Mitglieder und deren Angehörige), die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Kinder können bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres versichert werden.

### Anmeldung, Gesundheitsprüfung

Die Aufnahme in die Versicherung ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Bei Personen, deren Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko darstellt, kann der Antrag abgelehnt oder die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

### Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

Der Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt, frühestens mit Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrages und nicht vor Zugang des Versicherungsnachweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers. Die allgemeine Wartezeit entfällt. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Bei Unfällen entfallen auch die besonderen Wartezeiten.

### Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis der einzelnen versicherten Personen endet:

- bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses. Die Kündigung ist zum 31.12. des auf die Anmeldung folgenden Kalenderjahres und danach zum 31.12. der Folgejahre mit einer Frist von drei Monaten möglich. Eine spätere Wiederanmeldung ist ausgeschlossen.
- bei Beendigung des Dienst-/Arbeitsverhältnisses des Mitarbeiters, jedoch nicht bei Rentengewährung in unmittelbarem Anschluss an das Arbeitsverhältnis,
- bei Ehegatten mit Rechtskraft der Scheidung,
- bei Lebenspartnern mit dem Zeitpunkt der Trennung,
- bei Kindern mit Vollendung des 27. Lebensjahres,
- bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages,
- bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- bei Tod der versicherten Person.

## Mindestbeteiligung

Geschäftsgrundlage im Sinne von § 313 BGB für den Gruppenversicherungsvertrag ist, dass spätestens 18 Monate nach Inkrafttreten mindestens 30 Hauptversicherte auf Dauer an diesem Vertrag teilnehmen. Bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gruppenversicherungsvertrages beim Versicherer in vergleichbaren Tarifen versicherte Personen können in die nach dem Gruppenversicherungsvertrag abschließbaren Tarife wechseln, sobald die Mindestbeteiligung erreicht ist.

## Ausscheiden und Weiterversicherung

Aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheidende Versicherte haben das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – zu den Bedingungen des jeweiligen Einzelversicherungstarifs fortzusetzen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach dem Gruppenversicherungsvertrag mindestens drei Monate bestanden hat und der schriftliche Antrag auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag dem Versicherer zugeht.

## 4. Vertragsinformationen

### Geschäftstätigkeit

Der Versicherer betreibt die private Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.

### Vertragsschluss und -dauer

Der Vertrag kommt durch Annahme des Versicherungsantrages seitens des Versicherers (Versicherungsnachweis oder Annahmeerklärung) zustande. Die Mindestlaufzeiten und Kündigungsfristen ergeben sich aus den jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Gruppenvertragsbedingungen.

### Gesamtpreis der Versicherung

Die Versicherungsbeiträge (Gesamtpreis der Versicherung) werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht kalkuliert. Sonderangebote und -rabatte sind der privaten Krankenversicherung wesensfremd. Änderungen der Beiträge werden umgehend in die Mittelungsmedien übernommen. Über die Beitragshöhe und die Beitragszahlungsdauer geben die Antragsunterlagen sowie der Versicherungsnachweis detailliert Auskunft. Der Beitrag versteht sich inkl. aller Zuschläge, Kosten und Gebühren. Es ist keine Versicherungssteuer zu zahlen.

### Zahlung und Erfüllung

Die Beitragszahlung findet im Lastschriftinzugsverfahren statt. Die Versicherungsleistungen werden ebenfalls auf das dort genannte Konto überwiesen.

### Besondere Telekommunikationsentgelte

Der Versicherer unterhält keine Telekommunikationsanschlüsse mit über die üblichen Grundtarife hinausgehenden Nutzungsgebühren für den Hauptversicherten.

### Nationale Zuordnung

Auf das Versicherungsverhältnis und auf die vorvertragliche Beziehung findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Angaben über den Gerichtsstand enthalten. Für die Versicherungsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

### Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten

Beschwerden können gerichtet werden

- an den Vorstand der Gesellschaft (Anschrift siehe oben)
- an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Anschrift siehe oben)
- an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin

(Der Ombudsmann bearbeitet nur Beschwerden, deren Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden [z.B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht] behandelt wird oder wurde.)

### Wie sind Ihre Ansprüche abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53, 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30, 81539 München  
Telefon (089) 21 60-88 88, Telefax (089) 21 60-27 14  
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand: Axel Kampmann (Vorsitzender),  
Manuela Kiechle, Wolfgang Reif  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Friedrich Schubring-Giese  
Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München

Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:  
BayernLB  
(BLZ 700 500 00) Konto 24 345  
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
BIC (SWIFT) BYLADEMM

# Merkblatt zur Datenverarbeitung

## Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und Datennutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

## Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

## 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Bankverbindung, Abrechnung mit Vermittlern sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

## 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

## 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

## 4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risiko- beurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel: Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht. Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

## 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antragsdaten, einschließlich der Gesundheitsdaten, sowie Vertrags- und Leistungsdaten können an andere Krankenversicherer der Versicherungskammer Bayern (VKB) zwecks Bearbeitung weitergegeben werden. Von den übrigen Versicherungsunternehmen der Gruppe können nur die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten abgefragt werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Krankenversicherer.

Der Versicherer gehört zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern (VKB) und gehört/kooperiert über die jeweils zuständige Landesdirektion zu/mit der Versicherungsgruppe, der diese als Unternehmen angehört.

Versicherungskammer Bayern zurzeit: Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Bayerische Landesbrandversicherung AG, Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft, Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG, Saarland Feuerversicherung AG, Saarland Lebensversicherung AG, Union Krankenversicherung AG, Union Reiseversicherung AG, Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Versicherungskammer Bayern Konzern-Rückversicherung AG.

Landesdirektionen zurzeit: Badischer Gemeinde-Versicherungs-Verband, Feuer- sozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Lippische Landes-Brandversicherungs- anstalt, Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig, Öffentliche Lebensversiche- rungsanstalt Oldenburg, ÖSA – Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt, Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse, Provinzial Nord Lebensversicherung AG, Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG – Versicherung der Sparkassen, Saar- land Feuerversicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, SV Sparkassen-Versicherung AG, Westfälische Provinzial Versicherung AG.

Aufgrund von Kooperationsabkommen ist die bestehende Versicherung in der AOK/LKK Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit in einigen Tarifen. Zur Über- prüfung und zur Betreuung erfolgt ein Datenaustausch.

Zurzeit bestehen Kooperationsverträge mit: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredi- te, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bau- sparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und weiteren Versiche- rungsunternehmen zusammen.

Die Versicherungskammer Bayern und teilweise die einzelnen Landesdirektionen kooperieren mit den Unternehmen der Sparkassenorganisation (S- Finanzgruppe) und den Raiffeisen- und Volksbanken.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Ver- sicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

## 6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleis- tungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Ein- zelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu die- sen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsan- passungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

## 7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.