

Bayerische Beamtenkrankenkasse

Aktiengesellschaft



# Antrag

auf

Private Krankenversicherung

Pflege-Pflichtversicherung

**CONSAL**  
MaklerService GmbH

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Handelsregister:  
AG München HRB 111 650  
Sitz: München

Vorstand:  
Robert Baresel (Vors.)  
Dr. Harald Benzing  
Wolfgang Reif  
Vors. d. Aufsichtsrates:  
Heinz Prokop

Postanschrift:  
Maximilianstraße 53  
81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30  
81539 München

Telefon: (089) 21 60-88 88  
Telefax: (089) 21 60-81 08  
[www.vkb.de](http://www.vkb.de)

Bankverbindung:  
Bayerische Landesbank  
Girozentrale München  
Kto. 24 345  
BLZ 700 500 00

Union  
Krankenversicherung  
Aktiengesellschaft  
Registergericht:  
Saarbrücken HRB 7184

Vorstand:  
Robert Baresel (Vors.)  
Dr. Harald Benzing  
Wolfgang Reif  
Vors. d. Aufsichtsrates:  
Heinz Prokop

Hausanschrift:  
Peter-Zimmer-Str. 2  
66123 Saarbrücken  
Postanschrift:  
66099 Saarbrücken

Telefon: (0681) 844-0  
Telefax: (0681) 844-2509  
[www.ukv.de](http://www.ukv.de)  
E-Mail: [service@ukv.de](mailto:service@ukv.de)

Bankverbindung:  
Saar LB  
Kto. 7900004  
BLZ 590 500 00

**1. Antragsteller/Versicherungsnehmer**

Herr  Frau  Firma

Titel / Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Tag | Monat | Jahr \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen/ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat / Mobil \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse / Fax-Nr. \_\_\_\_\_

BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Antrag wurde gefaxt am \_\_\_\_\_

BK: Orga-Nr. **180** Partner-Nr. \_\_\_\_\_  
 UKV: LD-Nr. **60** **1|8|**

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Vermittlers \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung und Konto für Leistungen**

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Unterschrift (wenn nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_

**Zahlungsweise**  
 sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise  
 jährlich (3% Skonto)

Ich beantrage bei der  **Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG**  **Union Krankenversicherung AG** den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Die Verträge werden bei der UKV für 3 Versicherungsjahre, bei der BK für 2 Jahre abgeschlossen. In der Kranken- und Pflegezeitgeldversicherung werden die Verträge sowohl bei der UKV als auch bei der BK für 1 Jahr abgeschlossen. Die Vertragsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, sofern die Verträge nicht bedingungsgemäß gekündigt werden.

**2. Zu versichernde Person(en) – Person 1 –** weiblich  männlich

Vorname \_\_\_\_\_

Name (falls abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_

Geb.-Tag | Monat | Jahr \_\_\_\_\_ Staatsangeh. \_\_\_\_\_ Familien- ledig  verh.  gesch.  verw.   
 stand eingetr. Lebenspartnerschaft

Tätigkeits- angest.  gewerbetr.  freiberufl.  angest.ÖD  verbeamt.   
 status Schüler/Azubi/Student  wehr-/zivildienstl.  Sonstiges

derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_ Ausbildungsende/ Ende Heilfürsorge \_\_\_\_\_ Monat | Jahr \_\_\_\_\_

Gewerbetr./ Anzahl Handelsregistereintragung/ Monat | Jahr  
 Freiberufler Mitarbeiter? \_\_\_\_\_ Gewerbeanmeld./Zulassung seit? \_\_\_\_\_

Beihilfeträger \_\_\_\_\_ Bemessungssatz des BUND / Land? \_\_\_\_\_ letzte Änderung \_\_\_\_\_  
 Grenzgänger nein  ja  Freiwillig gesetzlich versichert? nein  ja

**– Person 2 –** weiblich  männlich

Vorname \_\_\_\_\_

Name (falls abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_

Geb.-Tag | Monat | Jahr \_\_\_\_\_ Staatsangeh. \_\_\_\_\_ stand ledig  verh.  gesch.  verw.   
 eingetr. Lebenspartnerschaft

Tätigkeits- angest.  gewerbetr.  freiberufl.  angest.ÖD  verbeamt.   
 status Schüler/Azubi/Student  wehr-/zivildienstl.  Sonstiges

derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_ Ausbildungsende/ Ende Heilfürsorge \_\_\_\_\_ Monat | Jahr \_\_\_\_\_

Gewerbetr./ Anzahl Handelsregistereintragung/ Monat | Jahr  
 Freiberufler Mitarbeiter? \_\_\_\_\_ Gewerbeanmeld./Zulassung seit? \_\_\_\_\_

Beihilfeträger \_\_\_\_\_ Bemessungssatz des BUND / Land? \_\_\_\_\_ letzte Änderung \_\_\_\_\_  
 Grenzgänger nein  ja  Freiwillig gesetzlich versichert? nein  ja

**3. Versicherungsschutz und Beitrag**

Versicherungsbeginn/Änderungszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr
Tarif / Tarifstufe bisher	Tarif / Tarifstufe neu	Tagessatz	monatlicher Beitrag	bei BK/UKV
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
monatlicher Beitrag 1. Person				

Versicherungsbeginn/Änderungszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr
Tarif / Tarifstufe bisher	Tarif / Tarifstufe neu	Tagessatz	monatlicher Beitrag	bei BK/UKV
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
monatlicher Beitrag 1. Person				

**4. Vorversicherungen oder bestehende bzw. beantragte Versicherungen**

Bestand in den letzten 5 Jahren bei der BK/UKV eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt?					
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, Vers. Nr.: _____	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, Vers.Nr.: _____				
Wo / Vers.-Nr.?	von / bis	Tagessatz oder Höhe der Leistung	Wo / Vers.-Nr.?	von / bis	Tagessatz oder Höhe der Leistung
Krankheitskosten-Versicherung (PKV, GKV, Heilfürsorge)	/	/	/	/	/
Pflegepflichtversicherung	/	/	/	/	/
Zusatzversicherung	/	/	/	/	/
Krankenhaustagegeld	/	/	/	/	/
Krankentagegeld (bei PKV, GKV)	/	/	/	/	/
Pflegeergänzungsversicherung	/	/	/	/	/

Wurde der Antrag/Vertrag von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgelehnt, beendet oder gekündigt?  
 nein  abgel.  beend.  gek.  Warum? \_\_\_\_\_

**5. Wartezeiten**

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten, falls nachstehend nichts anderes beantragt und vom Versicherer bestätigt wird.

Bei unmittelbarem Übertritt aus einer deutschen Krankenversicherung/Heilfürsorge wird die Dauer der bisherigen Versicherungszeit auf die Wartezeiten in der privaten Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung angerechnet. Bei der Pflegezeitgeldversicherung kann die Vorversicherungszeit nicht angerechnet werden.

Vorversicherungsnachweis folgt  ist beigefügt  Vorversicherungsnachweis folgt  ist beigefügt

Die Wartezeiten sollen aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Untersuchungskosten übernehme ich. Geht der Untersuchungsbefund auf dem mir zur Verfügung gestellten Formular „Ärztliches Zeugnis“ nicht innerhalb von 3 Wochen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten. Bei der Privaten Pflegepflichtversicherung (Tarife PVN/ PVB), der Pflegezeitgeldversicherung und bei Zusatz- / Ergänzungsversicherungen zur GKV mit ambulanten / zahnärztlichen Leistungen können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung nicht erlassen werden.

**Person 1**  **Person 2**

**6. Angaben zum Gesundheitszustand**

**Hinweis:** Durchgeführte prädiiktive Gentests (Erläuterung siehe Antragsrückseite) und deren Ergebnisse müssen hier nicht angegeben werden.

- Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.
- Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Union Krankenversicherung AG bzw. der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

**Person 1**

Vorname

6.1 Körpergröße und Gewicht  cm  kg

<p>6.2 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus)?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>6.7 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.3 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>6.8 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente (regelmäßig/Dosierung?) und/oder Beruhigungsmittel, Drogen?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.4 Sind Sie in den letzten 5 Jahren ärztlich untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, bitte Fragen 6.4.1 bis 6.4.4 beantworten</p>	<p>6.9 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.4.1 Traten Folgeerscheinungen auf? Welche?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>6.10 Bestehen körperliche oder geistige Gebrechen, Anomalien, Organfehler oder werden Prothesen getragen? Welche(s)?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.4.2 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>6.11 Besteht eine Behinderung oder Wehrdienstbeschädigung oder bezogen, beziehen bzw. beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen? Weshalb?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Grad der Behinderung/ Erwerbsminderung?</b></p> <p>Bitte Kopie des <b>Versorgungsbescheids</b> beifügen – nicht des Schwerbehindertenausweises.</p> <p><input type="text"/> %</p>
<p>6.4.3 Operationen?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>		
<p>6.4.4 Besteht Nagelung oder Ähnliches (Bei Knochenbrüchen und dergleichen)?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>		
<p>6.5 Haben in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Krankheits- oder Unfallfolgen bestanden (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>		
<p>6.6 Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>		

**Bitte machen Sie bei den mit "ja" beantworteten Fragen hier nähere Angaben**

zu Frage	Art der Krankheit/Diagnose, Untersuchung, Verletzung, Beschwerde, Anomalie, Prothese, des Gebrechens; Name / Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittels, der Droge	Name und Anschrift des Arztes, Zahnarztes, Psychotherapeuten, Heilpraktikers, Krankenhauses, Sanatoriums, der Heilstätte	Behandlung von / bis ?	Beschwerdefrei seit?

6.12 Welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt)?  Name und Anschrift?

6.13 Besteht Schwangerschaft? nein  ja  voraussichtlicher Entbindungstermin?

6.14 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? nein  ja  Anzahl Dioptrien rechts?  Anzahl Dioptrien links?

6.15 Fehlen Zähne - außer Weisheitszähnen -, die nicht ersetzt sind? nein  ja  Anzahl fehlender Zähne?

6.16 Sind Zähne ersetzt bzw. überkront? nein  ja  Wie viele?  Wann?

**7. Pflegepflichtversicherung**

7.1 Beschäftigungsort  alte Bundesländer  neue Bundesländer

7.2 Wenn Begrenzung auf den gesetzl. Höchstbeitrag beantragt wird: Ein Nachweis des bisherigen Pflegeversicherers über die Vorversicherungszeit liegt bei  folgt

**7.3 Beitragsvergünstigung für Ehegatten / Eingetragene Lebenspartner**

7.3.1 Wird für die zu versichernde Person „Beitragsbegrenzung für Ehegatten / Lebenspartner“ beantragt? nein  ja  wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?

7.3.2 Zusatzangabe, wenn für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner bereits eine Pflegepflichtversicherung besteht: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) des Ehegatten/Lebenspartners?

Bei welchem privaten Krankenversicherer ist der Ehegatte/Lebenspartner pflegeversichert?

Falls die Versicherung nicht bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG besteht: Ein Nachweis über die Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners liegt bei  folgt

**7.4 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre**

7.4.1 Wird für die zu versichernde Person "Beitragsfreiheit von Kindern" beantragt? nein  ja  wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?

7.4.2 Für Personen ab 18 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung? nein  ja  wenn ja: Nachweis liegt bei  folgt

7.4.3 Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? nein  ja

wenn ja: bei welchem Unternehmen?

7.4.4 Wird für die zu versichernde Person Begrenzung auf den "Studentenbeitrag" beantragt? nein  ja  wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung liegt bei  folgt

**8. Krankentagegeldversicherung**

<b>Arbeitnehmer</b>	Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung? <input type="text"/> Tage	Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	Brutto <input type="text"/>	Netto <input type="text"/>
<b>Gewerbetreibende / Freiberufler</b>	Höhe des zu versteuernden Gewinns aus dieser Tätigkeit im letzten Kalenderjahr? <input type="text"/>	Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen bei Status eines beherrschenden GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführers /Alleinvorstand einer AG?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Erklärungen und Hinweise. Sie enthalten unter anderem eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und eine Datenschutzerklärung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.**

Datum  Besondere Bemerkungen

**Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)**

Antragsteller/Versicherungsnehmer  Zu versichernde Person ab 16. Lebensjahr/gesetzl. Vertreter, wenn Antragsteller/Versicherungsnehmer minderjährig

**6. Angaben zum Gesundheitszustand**

**Hinweis:** Durchgeführte prädiktive Gentests (Erläuterung siehe Antragsrückseite) und deren Ergebnisse müssen hier nicht angegeben werden.

- Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen. Darum liegt diesem Antrag ein Blatt für weitere Angaben bei.
- Alle nicht gemachten Angaben melde ich schriftlich dem Vorstand der Union Krankenversicherung AG bzw. der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG unter Hinweis auf diesen Antrag innerhalb von 3 Tagen nach.

**Person 2**

Vorname

6.1 Körpergröße und Gewicht  cm  kg

6.2 Bestehen zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	6.7 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.3 Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	6.8 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente (regelmäßig/Dosierung?) und/oder Beruhigungsmittel, Drogen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.4 Sind Sie in den letzten 5 Jahren ärztlich untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, bitte Fragen 6.4.1 bis 6.4.4 beantworten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	6.9 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.4.1 Traten Folgeerscheinungen auf? Welche?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	6.10 Bestehen körperliche oder geistige Gebrechen, Anomalien, Organfehler oder werden Prothesen getragen? Welche(s)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.4.2 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>			
6.4.3 Operationen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>			
6.4.4 Besteht Nagelung oder Ähnliches (Bei Knochenbrüchen und dergleichen)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	6.11 Besteht eine Behinderung oder Wehrdienstbeschädigung oder bezogen, beziehen bzw. beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen? Weshalb?  Bitte Kopie des <b>Versorgungsbescheids</b> beifügen – nicht des Schwerbehindertenausweises.	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.5 Haben in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Krankheits- oder Unfallfolgen bestanden (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>			
6.6 Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<b>Grad der Behinderung/ Erwerbsminderung?</b>		<input type="text"/> %

**Bitte machen Sie bei den mit "ja" beantworteten Fragen hier nähere Angaben**

zu Frage	Art der Krankheit/Diagnose, Untersuchung, Verletzung, Beschwerde, Anomalie, Prothese, des Gebrechens; Name / Dosierung des Medikamentes, Beruhigungsmittels, der Droge	Name und Anschrift des Arztes, Zahnarztes, Psychotherapeuten, Heilpraktikers, Krankenhauses, Sanatoriums, der Heilstätte	Behandlung von / bis ?	Beschwerdefrei seit?

6.12 Welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt)?	Name und Anschrift?			
6.13 Besteht Schwangerschaft?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	voraussichtlicher Entbindungstermin? <input type="text"/>	
6.14 Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Anzahl Dioptrien rechts? <input type="text"/>	Anzahl Dioptrien links? <input type="text"/>
6.15 Fehlen Zähne - außer Weisheitszähnen -, die nicht ersetzt sind?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Anzahl fehlender Zähne? <input type="text"/>	
6.16 Sind Zähne ersetzt bzw. überkront?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wie viele? <input type="text"/>	Wann? <input type="text"/>

**7. Pflegepflichtversicherung**

7.1 Beschäftigungsort  alte Bundesländer  neue Bundesländer

7.2 Wenn Begrenzung auf den gesetzl. Höchstbeitrag beantragt wird: Ein Nachweis des bisherigen Pflegeversicherers über die Vorversicherungszeit liegt bei  folgt

**7.3 Beitragsvergünstigung für Ehegatten / Eingetragene Lebenspartner**

7.3.1 Wird für die zu versichernde Person „Beitragsbegrenzung für Ehegatten / Lebenspartner“ beantragt? nein  ja  wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?

7.3.2 Zusatzangabe, wenn für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner bereits eine Pflegepflichtversicherung besteht: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) des Ehegatten/Lebenspartners?   
Bei welchem privaten Krankenversicherer ist der Ehegatte/Lebenspartner pflegeversichert?   
Falls die Versicherung nicht bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG besteht: Ein Nachweis über die Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners liegt bei  folgt

**7.4 Beitragsfestsetzung für Kinder bis 25 Jahre**

7.4.1 Wird für die zu versichernde Person "Beitragsfreiheit von Kindern" beantragt? nein  ja  wenn ja: Wie hoch ist das regelmäßige mtl. Gesamteinkommen (s. Rückseite) der zu versichernden Person?

7.4.2 Für Personen ab 18 Jahren: Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung? nein  ja  wenn ja: Nachweis liegt bei  folgt

7.4.3 Zusatzangabe bei allein zu versichernden Kindern: Ist mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert? wenn ja: bei welchem Unternehmen?  nein  ja

7.4.4 Wird für die zu versichernde Person **Begrenzung auf den "Studentenbeitrag"** beantragt? nein  ja  wenn ja: aktuelle Studienbescheinigung liegt bei  folgt

**8. Krankentagegeldversicherung**

<b>Arbeitnehmer</b>	Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung? <input type="text"/> Tage	Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?	Brutto <input type="text"/>	Netto <input type="text"/>
<b>Gewerbetreibende / Freiberufler</b>	Höhe des zu versteuernden Gewinns aus dieser Tätigkeit im letzten Kalenderjahr? <input type="text"/>	Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen bei Status eines <b>beherrschenden GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführers / Alleinvorstand einer AG?</b>	<input type="text"/>	

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Erklärungen und Hinweise. Sie enthalten unter anderem eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und eine Datenschutzerklärung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.**

Datum	Besondere Bemerkungen

**Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)**

Antragsteller/Versicherungsnehmer	Zu versichernde Person ab 16. Lebensjahr/gesetzl. Vertreter, wenn Antragsteller/Versicherungsnehmer minderjährig

## Hinweise und Erklärungen

### Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird mir sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife, die mir zusammen mit dem Versicherungsschein und der gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherinformation – auf Wunsch auch früher – zugesandt werden, erkenne ich als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

### Zustandekommen des Vertrages

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

### Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Mir ist bekannt, dass ich die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls Leistungen verweigern (siehe §§ 16-22 VVG). Ich weiß, dass unvollständig oder unrichtig beantwortete Fragen meinen Versicherungsschutz gefährden.

Die Union Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem prädiktiven Gentest verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

### Anzeigepflicht bis zur Annahme des Antrages

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, ärztliche Behandlungen sowie alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme des Antrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Soweit eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird, ist eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Person gleichermaßen anzuzeigen.

### Widerspruchsrecht

Ich kann dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformationen in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Wenn sofortiger Versicherungsschutz gewährt wird, besteht für diesen kein Widerspruchsrecht.

### Wechsel des Krankenversicherers

Der Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

### Änderung der Anschrift

Eine Änderung meiner Anschrift (Wohnung oder Geschäft) werde ich dem Versicherer unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass ansonsten Erklärungen des Versicherers, die an meine letzte Adresse gesandt werden, als zugegangen gelten (siehe § 10 VVG).

### Gesamteinkommen in der Pflege-Pflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Abs. 3 EStG). Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten und der Sparfreibetrag. Bei Renten ist der Zahlbetrag (abzüglich Anteile für Kindererziehungszeiten) zu berücksichtigen.

### 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, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten 10 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 5 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 eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. 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.

### Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

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

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

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

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

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

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit dem Versicherungsschein und der Verbraucherinformation – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.