



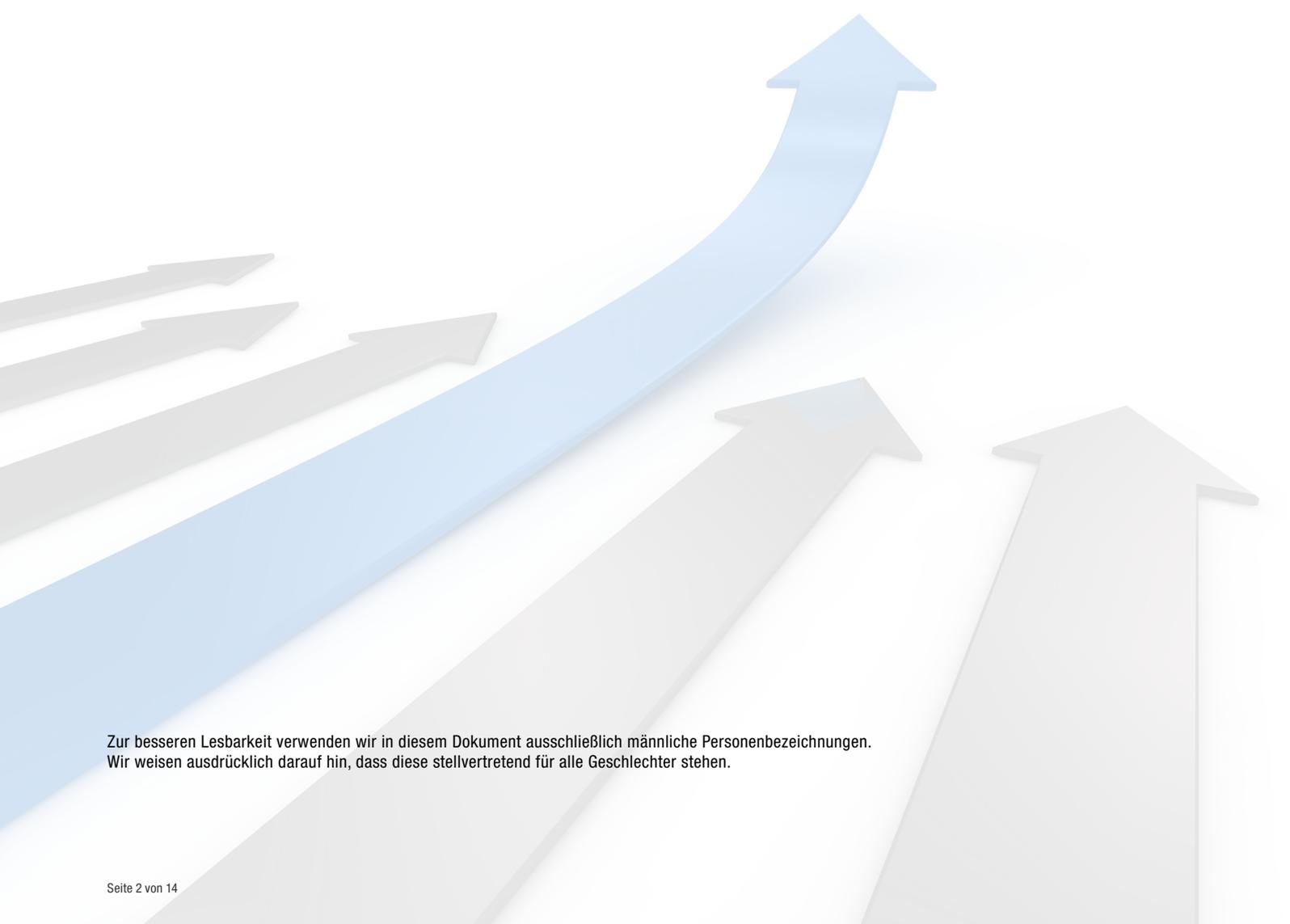
KVF-915 07.24





KVF-915 07.24

1. Hinweise zur Antragsaufnahme	3
2. Hinweise zur Beantwortung der Gesundheitsfragen	3
3. Ausfüllhilfe zum Vollversicherungsantrag	4
4. Prämienzuschlag bei fehlender/unzureichender Vorversicherung	13
5. Mindest- und Höchstsätze in den Tagegeldtarifen	13
6. Zusatzversicherung	14

A decorative graphic consisting of several arrows of varying lengths and shades of blue and grey, all pointing upwards and to the right, creating a sense of growth and progress.

Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Dokument ausschließlich männliche Personenbezeichnungen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese stellvertretend für alle Geschlechter stehen.

1. Hinweise zur Antragsaufnahme

Bitte beachten Sie zur Vermeidung von Nachbearbeitungen die nachfolgend aufgeführten Punkte.

- ✓ Es müssen immer alle Antragsseiten eingereicht werden.
- ✓ Sofern im Antragsformular abgefragt, sind immer die berufliche Tätigkeit und die berufliche Stellung (angestellt, selbstständig, etc.) aller zu versichernden Personen anzugeben.
- ✓ Bei Beantragung eines Krankentagegeldtarifes ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate anzugeben.
- ✓ Der Name, Art und Umfang (inklusive Tagegeldhöhe) sowie Beginn und (voraussichtliches) Ende bestehender Versicherungen und Vorversicherungen (GKVen und PKVen) sind mit Tag, Monat und Jahr anzugeben.
- ✓ Sind Antragsteller und zu versichernde Person nicht identisch, muss die Frage nach dem näheren Angehörigenverhältnis (auch bei Kindern und Ehepartnern mit gleichen Nachnamen) immer beantwortet werden.
- ✓ Bei Beantragung einer beitragsfreien Pflegepflichtversicherung für Kinder ist die diesbezügliche Einkommensfrage bei den ergänzenden Angaben zur Pflegepflichtversicherung zwingend zu beantworten.
- ✓ Das SEPA-Lastschriftmandat muss immer vom Kontoinhaber (auch wenn dieser gleichzeitig der Antragsteller ist) mit Datum unterschrieben werden.
- ✓ Der Empfang der vertragsrelevanten Unterlagen (Stichwort: Empfangsbestätigung) muss rechtzeitig vor Antragstellung erfolgen. Dies bedeutet, das Datum der Aushändigung im Antragsformular darf nicht nach dem Datum der Antragstellung liegen.
- ✓ Der Antrag muss vom Antragsteller mit aktuellem Datum unterschrieben werden. Auch alle mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre müssen den Antrag unterschreiben.
- ✓ Der Antrag muss auch vom Vermittler ggf. mit Stempel unterschrieben werden.

2. Hinweise zur Beantwortung der Gesundheitsfragen

Bitte beachten Sie zur Vermeidung von Nachbearbeitungen die nachfolgend aufgeführten Punkte.

- ✓ Bei Routine- und Vorsorgeuntersuchungen ist anzugeben, ob diese mit oder ohne Befund waren.
- ✓ Bei Kontrolluntersuchungen ist neben dem Befund auch die Ursache bzw. Grunderkrankung anzugeben, weshalb die Kontrolle durchgeführt wurde.
- ✓ Bei Kindern sind die im abgefragten Zeitraum durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) anzuzeigen. Auch hier muss angegeben werden, ob diese mit oder ohne Befund waren. Kopien des Untersuchungsheftes müssen dem Antrag nicht beigefügt werden.
- ✓ Zu allen mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen sind möglichst genaue und für Dritte nachvollziehbare Angaben zu machen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Vorgaben im Antragsformular unter dem Punkt *„Wurde eine der Fragen 2a bis xx mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen“*.
- ✓ Bei bestimmten Vorerkrankungen ist es sinnvoll, gleich mit dem Antrag eine Selbstauskunft einzureichen. Beispiele für solche Erkrankungen sind: Allergien, chronische oder rezidivierende Erkrankungen der Atmungsorgane, Augenkrankheiten, Bluthochdruck, Frauenkrankheiten, Gelenkleiden, Fußdeformitäten, Harnwegs- oder Nierenerkrankungen, Hauterkrankungen, Herz- oder Kreislaufkrankungen, Knieerkrankungen, Migräne oder wiederholte Kopfschmerzen, Ohrenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Venenerkrankungen, Verletzungen und Unfälle, Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen;

Die entsprechenden Selbstauskünfte sind auch im Beraterportal (Extranet) und in UWE-KV-online zu finden.

Gerne können die Selbstauskünfte auch direkt in der für Sie zuständigen Geschäftsstelle oder in der Hauptverwaltung angefordert werden.

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

3. Ausfüllhilfe zum Vollversicherungsantrag

Vermittlerangaben

Unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung.

Berufliche Tätigkeit

Zur Prüfung einer generellen Versicherbarkeit muss die berufliche Tätigkeit immer und genau angegeben werden. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Annahmekriterien.

Bei Selbstständigen

muss immer angegeben werden, seit wann das Gewerbe angemeldet ist.

Bei der Beantragung eines Krankentagegeldes ist das durchschnittliche **Nettoeinkommen** anzugeben.

Bei Beamtenanwärtern

ist das voraussichtliche Ende der Ausbildung einzutragen.

Bitte reichen Sie immer alle **Antragsseiten** ein, auch wenn Sie diese für nicht wichtig halten oder keine Eintragungen erfolgen. Bei fehlenden Seiten ist eine Policierung des Antrages nicht möglich.



Krankenversicherung a.G.

KVA-895

Kranken-/Pflegeversicherung

Ich beantrage den Abschluss/die Vertragsänderung einer Kranken-/Pflegeversicherung

Ich bin bereits bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. versichert. nein ja Versicherungsnummer _____

BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Externe Antragsnummer	eAntragsnummer	Partnernummer

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter) * freiwillige Angaben

Herr Frau Divers Titel _____ z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med. Namensvors. _____ z.B. von, van, de Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Eine von der Postanschrift abweichende Meldeadresse für die Datenübermittlung an die Finanzbehörden gemäß Punkt 8 teilen Sie uns bitte gesondert mit

Festnetz privat* _____ Mobil* _____ E-Mail* _____

Geburtsort _____ Geburtsland _____ Staatsangehörigkeit _____

Haben Sie Geschwister, die am gleichen Tag wie Sie geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)? ja nein

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes _____ Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift _____

Arbeitnehmer Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ja nein Schüler Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch Beihilfeverordnung: Bund Land: _____

Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss - Wenn ja, seit wann angemeldet? _____ Hausfrau/-mann Beamter/Beihilfeberechtigter Beamter in Ausbildung Sonstige: _____

nicht erwerbstätig - Ende der Ausbildung: _____

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: _____ € mtl. jährl.

2 Zu versichernde Personen Versicherungsbeginn 01. . 20

Person Nr. 1 (nur wenn abweichend vom Antragsteller/Versicherungsnehmer)

Herr Frau Divers Titel _____ z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med. Namensvors. _____ z.B. von, van, de Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Geburtsort _____ Geburtsland _____ Staatsangehörigkeit _____

Haben Sie Geschwister, die am gleichen Tag wie Sie geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge)? ja nein

Derzeitige berufliche Tätigkeit/bei Selbstständigen Art des Gewerbes _____ Arbeitgeber/Dienststelle/bei Selbstständigen Geschäftsanschrift _____

Arbeitnehmer Selbstständig, Gewerbe angemeldet? ja nein Schüler Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch Beihilfeverordnung: Bund Land: _____

Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss - Wenn ja, seit wann angemeldet? _____ Hausfrau/-mann Beamter/Beihilfeberechtigter Beamter in Ausbildung Sonstige: _____

nicht erwerbstätig - Ende der Ausbildung: _____

Durchschnittliches Nettoeinkommen/Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: _____ € mtl. jährl.

Seite 1 von 13

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

Auch bei Kindern oder Ehepartnern mit gleichen Nachnamen und gleicher Anschrift **muss diese Frage immer beantwortet werden.**

Sofern für Kinder eine **beitragsfreie Pflegepflichtversicherung** beantragt wird, muss dieser Punkt immer beantwortet werden.

Vorversicherungen
Bitte geben Sie den Beginn und das genaue Ende sowie die Bezeichnung der Vorversicherung an.
Sollte es sich um keine deutsche GKV oder PKV handeln oder eine Lücke im Versicherungsschutz bestehen, beachten Sie bitte unsere Annahmekriterien.

Bitte beantworten Sie immer die **Frage nach Beitragsrückständen** bei Vorversicherungen. Bei einer fehlenden Beantwortung führt dies zu einer Rückfrage und somit Verzögerung.

KVA-895

4 Angaben zum Angehörigenverhältnis

Sind Antragsteller und zu versichernde Person nicht identisch, muss folgende Frage immer beantwortet werden. Besteht zwischen dem Antragsteller und der zu versichernden Person ein näheres Angehörigenverhältnis im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder des § 15 der Abgabenordnung? Die Definition des näheren Angehörigenverhältnisses finden Sie unter Punkt 29 dieses Antrages.

Person Nr. **1** Ja Nein
 Person Nr. **2** Ja Nein

Bitte beachten Sie: Für die zu versichernde Person ist ein Vertragsabschluss sowie eine von § 204 WG abweichende Vertragsänderung nur dann möglich, wenn ein näheres Angehörigenverhältnis vorliegt und somit keine Versicherungssteuerpflicht entsteht.

5 Ergänzende Angaben zur Pflegeversicherung

Ich beantrage die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Die Voraussetzungen sind unter Punkt 22 beschrieben:

Person Nr. **1** hat kein mtl. Gesamteinkommen: hat ein mtl. Gesamteinkommen von: _____ €
 Person Nr. **2** hat kein mtl. Gesamteinkommen: hat ein mtl. Gesamteinkommen von: _____ €

Für die Beitragsgarantie für Verheiratete/Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes verwenden Sie bitte das Formular KVF-893.

6 Angaben zu weiteren Versicherungen und Anträgen

Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren kranken- oder pflegeversichert? Wurden in diesem Zeitraum Kranken- oder Pflegeversicherungen abgelehnt (auch uniVersa Krankenversicherung a.G.)?

Pers. Nr.	Name der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung	Art und Umfang der Versicherung (Krankenvoll-, Krankenzusatzversicherung, Pflegeversicherung, Anspruch auf Heilfürsorge, bei Tagegeldversicherungen Höhe des Tagegeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am	Bestehen derzeit dort Beitragsrückstände?
						<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

Ich willige ein, dass hinsichtlich meiner Angaben bzgl. Beitragsrückstände die uniVersa Krankenversicherung a.G. ggf. Nachfrage bei den angegebenen Krankenversicherern hält. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die Mitarbeiter der Vorversicherer bzgl. der Übermittlung dieser nach § 203 StGB geschützten Angaben von der Schweigepflicht.

Zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten bzw. zum Erlass der Wartezeiten beachten Sie bitte Punkt 23.

7 Bonitätsauskunft

Im Rahmen des Vertragschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die Auskünfte über Ihr Zahlungsverhalten vorhalten (z.B. Infoscore Consumer Data GmbH). Dafür kann es erforderlich sein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Angaben an diese Auskunfteien übermittelt, um die erforderlichen Auskünfte zu erhalten und zu verarbeiten. Diese Auskünfte reichen von sog. harten Negativmerkmalen wie z.B. die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens, die Abgabe einer Eidesstattlichen Versicherung oder Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, bis hin zu sog. weichen Negativmerkmalen wie z.B. die Beantragung eines Mahnbescheides, die Klageerhebung oder außergerichtliche Mahnung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten. Über Namen und Anschrift der im Einzelfall genutzten Auskunftei erteilen wir Ihnen auf Nachfrage gerne Auskunft. Sollte die nachfolgende Einwilligung nicht erteilt werden, kann es zur Begründung bzw. Durchführung des Vertrages notwendig sein, dass von Ihnen entsprechende Nachweise beigebracht werden, aus denen hervorgeht, dass Sie in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Bei Durchführung bzw. Beendigung des Vertrages (z. B. Zahlungsverzug) ist zudem der Rückgriff auf eine gesetzliche Erlaubnis zur Einholung von Bonitätsauskünften möglich, so dass dann auch ohne Ihre Einwilligung die entsprechenden Auskünfte eingeholt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. zum Zwecke des Vertragschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung meine Antrags- bzw. Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) – ohne Gesundheitsdaten – sowie nach § 203 StGB geschützte Daten an eine Auskunftei (z.B. Infoscore Consumer Data GmbH) übermittelt, dort Daten über mein Zahlungsverhalten erhebt und für die vorgenannten Zwecke verarbeitet und nutzt. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

8 Datenübermittlung an die Finanzbehörden (nur bei einer Krankenvoll-/Pflegepflichtversicherung sowie bei einem Anspruch auf eine Krankenvollversicherung)

Im Rahmen des § 10 Abs. 2b Einkommensteuergesetz (siehe Punkt 30) sind wir verpflichtet, den Finanzbehörden Ihre Vorsorgeaufwendungen – geleistete und erstattete Beiträge – für die Krankenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung sowie für einen Anspruch auf eine Krankenvollversicherung zu melden. Hierzu benötigen wir Ihre Steueridentifikationsnummer und die Steueridentifikationsnummer von ggf. mitversicherten Personen.

Bitte teilen Sie uns diese mit. Falls Sie uns die Steueridentifikationsnummer(n) nicht mitteilen können, werden wir diese direkt beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen und für die Meldungen verwenden.

Sofern Sie als Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig auch versicherte Person sind, benötigen wir auch Ihr vollständiges Geburtsdatum. Bitte geben Sie uns dies unter Punkt 1 dieses Antragsformulars bekannt.

Versicherungsnehmer Steueridentifikations-Nr. _____
 Person Nr. **1** Steueridentifikations-Nr. _____
 Person Nr. **2** Steueridentifikations-Nr. _____

Seite 5 von 15

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

Die **Gesundheitsfragen 1 a bis 6** sowie 8 a bis 8 d müssen genau und vollständig – auch bei Kindern (hier jedoch die Zahnfragen 8 a bis 8 d erst ab dem 6. Geburtstag) – beantwortet werden.

Die **Gesundheitsfrage 7** ist ausschließlich **für Bestandskunden** bei Erhöhung bestehender Tarife bzw. bei Produktlinienwechsel zu beantworten. Sofern sich mit der Erhöhung bzw. dem Produktlinienwechsel auch die Zahnleistungen erhöhen, müssen zusätzlich auch die Gesundheitsfragen 8 a bis 8 d beantwortet werden.

KVA-895

9 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

10 Gesundheitliche Befragungen

WICHTIGER HINWEIS:

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN UNTER ANDEREM NEBEN DER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE DER AKTUELLE GESUNDHEITZUSTAND, DIE BESTEHENDEN BZW. BEANTRAGTEN VORVERSICHERUNGEN, DIE EINKOMMENSITUATION UND DIE BERUFLICHE SITUATION) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ODER FÜR DIE ZUKUNFT ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VVG ENTNEHMEN SIE BITTE PUNKT 32.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

	Person Nr. 1	Person Nr. 2
1 a. Größe:	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
1 b. Gewicht:	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
2 a. Wurde in den letzten 3 Jahren – auch vorsorglich oder zu Untersuchungszwecken – die Hilfe von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten, z. B. Physiotherapeuten oder Logopäden, in Anspruch genommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 c. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. War in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Reha- oder Kuraufenthalt erforderlich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 a. Wurde in den letzten 10 Jahren die Hilfe von Psychotherapeuten in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 b. Wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel genommen? Wurde in den letzten 10 Jahren eine Behandlung wegen Folgen von Alkoholgenuß durchgeführt oder fand eine Suchtberatung statt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 c. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren Pflegebedürftigkeit oder eine behördlich anerkannte Behinderung, z. B. Berufskrankheit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung? Ggf. Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – ambulant oder stationär – von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten angeraten bzw. empfohlen worden? Bestehen Folgen von Krankheiten, Operationen oder Unfällen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bei Erhöhung bestehender Tarife bzw. bei Produktlinienwechsel:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten oder Beschwerden, wurden Untersuchungen – auch vorsorglich – durchgeführt, die dem Versicherten bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8 a. Wurden in den letzten 3 Jahren zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 b. Würden zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays empfohlen bzw. sind diese beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 c. Fehlen mehr als 2 Zähne – außer Weisheitszähne – die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zähne fehlen insgesamt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 d. Name und Anschrift des Zahnarztes:	<input type="text"/>	

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

KVA-895

12 Einwilligung- und Schweigepflichtenbindungserklärung bei Antragsreichung über Vertriebsgesellschaften/Maklerpools

Vertriebsgesellschaften und Maklerpools können einen Versicherungsvermittler u.a. bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung von Versicherungsverträgen (z.B. Erstellung von Courtageabrechnungen) unterstützen. Sollte der Antrag über eine Vertriebsgesellschaft oder einen Maklerpool eingereicht werden, erfolgt die Information hierüber durch den Sie betreuenden Versicherungsvermittler.

Zur Begründung (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge etc.), Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages benötigt auch die/der vom Vermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft/Maklerpool von der uniVersa Krankenversicherung a.G. Informationen zu vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für deren Weitergabe an die Vertriebsgesellschaft/den Maklerpool durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. sowie die Datenweitergabe der Vertriebsgesellschaft/des Maklerpools an die uniVersa Krankenversicherung a.G. benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. den/dem Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermittelt, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist. Insofern entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Gleichmaßen bin ich einverstanden, dass der Versicherungsvermittler die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist, an die bzw. den vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder besauftragten Maklerpool weitergibt. Die bzw. der besauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool darf die übermittelten Daten zu den oben beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit der uniVersa Krankenversicherung a.G. verwenden. Ferner willige ich ein, dass die/der vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool an die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten übermitteln darf, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

13 Einwilligung in die Datenverarbeitung zu Werbezwecken

Die uniVersa Krankenversicherung a.G., uniVersa Lebensversicherung a.G. und uniVersa Allgemeine Versicherung AG, Süzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg (nachfolgend kurz „uniVersa“) und Ihr betreuender Vermittler können Ihre personenbezogenen Daten ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung per Post für eigene Versicherungsprodukte sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos gegenüber der uniVersa widersprechen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Die uniVersa und Ihr betreuender Vermittler möchten Sie darüber hinaus zu versicherungsbezogenen Produkten und Services (Angebote der Privaten Krankenversicherung, Lebens- und Kompositversicherung) per Telefon und E-Mail informieren und kontaktieren. Zudem möchte die uniVersa Sie zu Markt- und Meinungsforschungszwecken (z. B. Kundenzufriedenheitsanalyse) ansprechen. Zur Verwendung Ihrer im Rahmen einer Vertragsbeziehung angegebenen Kontaktdaten (Anrede, Name, Vorname, Telefon-, E-Mailadresse) benötigt die uniVersa Ihre Einwilligung.

Ja, ich willige ein, dass die uniVersa und mein betreuender Vermittler meine Kontaktdaten verwenden dürfen, um mich zu deren versicherungsbezogenen Produkten und Services per Telefon und E-Mail zu informieren und zu Markt- und Meinungsforschungszwecken anzusprechen.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben und jederzeit später per Post, E-Mail, Telefon oder Telefax formlos mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Ihre Werbeeinwilligung gilt für die Dauer des Vertrages und bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen.

14 Empfangsvollmacht der zu versichernden Person für das elektronische Antragsverfahren

Wird eine Einwilligung im elektronischen Antragsverfahren eingeholt, wird der Erklärungsinhalt dem Betroffenen im Nachgang in Textform bestätigt. Die Bestätigung erfolgt – falls die zu versichernde Person nicht gleichzeitig Antragsteller/Versicherungsnehmer ist (im Folgenden „Antragsteller“) – auch für die zu versichernde Person durch die Übermittlung des Erklärungsinhalts an den Antragsteller. Eine gesonderte Bestätigung an die zu versichernde Person erfolgt nicht.

Die zu versichernde Person erteilt dem Antragsteller Empfangsvollmacht betreffend den Erklärungsinhalt ihrer im elektronischen Verfahren abgegebenen Einwilligungen.

15 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung

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 uniVersa Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtenbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtenbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzdienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Krankenversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir werden die erforderlichen Einwilligungen und Schweigepflichtenbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

Seite 6 von 13

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Seite 7 von 13

g (Fortsetzung)

...ung kann auch erforderlich sein, wenn sich ... dass bei der Antragstellung unrichtige oder ... Einwilligung und Schweigepflichtenbindung.

...er erforderlichen erneuten Prüfung des

...des Antrags oder für den Leistungsfälligen Krankenanstalten, Pflegeheimen, die verwendet. Ich befreie die genannten gespeicherten Gesundheitsdaten aus zu zehn Jahren vor Antragstellung an Zusammenhang – soweit erforderlich freie auch insoweit die für die uniVersa

BRITENBERG PERSONEN IM ANFANG

uniVersa Krankenversicherung a.G. über den Datenschutz und die Datensicherheit.

medizinische Gutachter einzuschalten. Die ang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach

übermittelt, soweit dies im Rahmen der send verwendet und die Ergebnisse an die nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde

ung oder die telefonische Kundenbetreuung, indem überträgt die Erledigung der uniVersa 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, an Stellen.

ie vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für gültige Liste finden Sie unter Punkt 31. Eine Krankenversicherung a.G., Süzbacher Str. 1-7, digung durch die in der Liste genannten Stellen

ie genannten Stellen übermittelt und dass wie die uniVersa Krankenversicherung a.G. sicherung AG und sonstiger Stellen tätigen ter Schweigepflicht.

ie das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. übergeben. Damit sich die Rückversicherung erung a.G. Ihren Versicherungsantrag oder is hoch ist oder es sich um ein schwierig ein- G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei n die Absicherung des Risikos übernommen, ist. Außerdem werden Daten über ihre bestene, ob und in welcher Höhe sie sich an dem träge an Rückversicherungen weitergegeben enenbezogene Gesundheitsangaben verwen- die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an

den genannten Zwecken verwendet wer- die Gesundheitsdaten und weiterer nach

weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern ie Vermittler Informationen darüber erhalten, g angenommen werden kann. Der Vermittler, ch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse be- s zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den erden bei einem Wechsel des Sie betreuenden ichtigkeit hingewiesen.

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

KVA-895

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung (Fortsetzung)

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

16 Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten und Schweigepflichtenbindungserklärung zur Beschaffung der Rentenversicherungsnummer (RVNR) und Krankenversicherungsnummer (KVNR)

Das digitale Gesundheitswesen wird in Deutschland weiter ausgebaut. Im ersten Schritt ist Ihre Krankenversicherungsnummer (KVNR) für das Implantatregister erforderlich. Die Meldungen anhand der KVNR sind gesetzlich verpflichtend. Ausführliche Informationen zu dieser Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung finden Sie unter www.uniVersa.de/avb auf der 2. Seite der Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung (KVB-800) ab dem Stand 01.24.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtenbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G. mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/Schweigepflichtenbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass, falls eine Implantatversorgung erforderlich wird und Ihre KVNR mangels Einwilligung nicht erfasst ist, es insbesondere bei ungeplanten Implantationen zu Verzögerungen führen kann. Ebenso können die digitale Identität (bzw. gegebenenfalls die elektronische Gesundheitskarte (eGK)) sowie die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden.

Erklärung für vertretene Personen

Die abgegebenen Erklärungen gelten gleichzeitig für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversicherungsnummer erforderlich ist und entbinde die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversicherungsnummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

17 SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland

Hinweis: Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschritzeinzug berechtigt; sie handelt insofern im Namen und für Rechnung dieser Unternehmen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZ00000102598

Mandatsreferenznummer: Wird separat bekannt gegeben

SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) nachstehend genanntes Kreditinstitut an, die von der uniVersa Lebensversicherung a.G. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschritzeinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf fünf Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung gebe ich (geben wir) Änderungen meiner (unserer) Adresse rechtzeitig bekannt.

Abbuchung zum: 1. des Monats 15. des Monats

Kontoinhaber

Name/Firma Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort/Firmensitz

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN

Ort Datum Unterschrift/en Kontoinhaber (Name/Vorname/bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

Seite 9 von 13

Seite 9 von 13

Das **SEPA-Lastschriftmandat** ist bei einer gewünschten Abbuchung immer – auch wenn Antragsteller gleich Kontoinhaber ist – vom Kontoinhaber/Antragsteller mit Datum zu unterschreiben.

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

KVA-895

Widerrufbelehrung für die Kranken- und Pflegepflichtversicherung (Fortsetzung)

12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufbelehrung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

20 Empfangsbestätigung

Ich habe die Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung in der Fassung (KVB-800), das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen) sowie das Merkblatt Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten erhalten.

Datum der Aushändigung

X
Unterschrift Antragsteller

21 Unterschrift(en) zur Antragstellung

Ort

Datum

X
Unterschrift Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

X
Stempel/Unterschrift Vermittler

X
Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, bei Minderjährigen
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

Das Datum der **Aushändigung der vertragsrelevanten Unterlagen** darf nicht nach dem Datum der Antragstellung liegen.

Sollte die Aushändigung nach der Unterzeichnung des Antrages erfolgt sein, muss der Antrag nochmals bei Punkt 21 mit aktuellem Datum unterschrieben werden.

Bitte das **Datum der Antragsunterzeichnung** und dessen Aktualität nicht vergessen.

Unterschriften:

Der Antrag muss vom Antragsteller, allen zu versichernden Personen ab 16 Jahre und von Ihnen als Antragsvermittler unterschrieben werden.

Hinweise und Tipps zur Antragstellung in der Krankenversicherung

KVF-915 07.24

KVA-895

Hinweise und Erklärungen

22 Voraussetzungen für die beitragsfreie MRversicherung von Kindern in der privaten Pflegeversicherung

- Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und sie
- nicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 und 11 bzw. nicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
 - nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 22 SGB XI befreit sind,
 - keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
 - nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 - kein Gesamteinkommen¹⁾ haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV - im Jahr 2024 monatlich 505 EUR - überschreitet²⁾; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 01. Januar 2024 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze von 538 EUR monatlich zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligengesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens 12 Monaten.
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten: Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI oder § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.

Entsprechende Nachweise – wie Schulbescheinigungen, Uni-Bescheinigungen, Dienstzeitbescheinigungen, usw. – sind ggf. einzureichen.

¹⁾ Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 EStG); dies sind beispielsweise Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.. Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Im übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer, die damit nicht zum Einkommen zählen, z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Kinderbetreuungskosten sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig.

²⁾ Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen sie Ihren Berater.

Jede Änderung der Einkommensverhältnisse ist umgehend mitzuteilen.

23 Voraussetzung für den Erlass bzw. Anrechnung von Vorversicherungen auf Wartezeiten

Krankheitskostenvollversicherung

Übertritt aus der deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung: Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden oder Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung im unmittelbaren Anschluss daran zur uniVersa Krankenversicherung a.G. wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Vorversicherung anknüpft.

Anträge ohne ausreichende Vorversicherungszeiten gemäß Annahmerichtlinien der uniVersa Krankenversicherung a.G.: Wartezeiterlass kann ich mit einer ärztlichen Untersuchung (Vordruck KVF-930) und zahnärztlichen Untersuchung (Vordruck KVF-845) beantragen. Die Kosten der Untersuchung trage ich als Antragsteller. Geht/ Gehen der/die Befundbericht(e) auf den mir ausgehändigten Vordruck(en) des Versicherers nicht innerhalb von einem Monat nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

24 Kopie

Eine Kopie des Versicherungsantrages wird mir auf Wunsch unverzüglich zur Verfügung gestellt.

25 Zu meiner Sicherheit

Der Antrag wurde von mir durchgelesen, er ist richtig ausgefüllt. Nebenabreden sind nicht getroffen, auch nicht mit dem Vermittler.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

26 Allgemeine Versicherungsbedingungen

Dem Versicherungsvertrag liegen die für die jeweils abgeschlossenen Tarife geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers zugrunde.

27 Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass die Versicherungsverhältnisse in der Krankentagegeld- und Pflegezusatzversicherung auf die Dauer von einem Jahr und nach allen anderen Tarifen für die Bereiche Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung auf die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen werden.

In der Auslandreisekrankenversicherung gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr. Ein Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr. Sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart ist, endet die Mindestvertragsdauer zum 31.12. des Kalenderjahres. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn endet die Mindestvertragsdauer zum Ende des darauffolgenden Kalenderjahres.

Die Versicherungsverhältnisse verlängern sich stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Pflegeversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des bezüglich festgelegten Voraussetzungen.

Seite 11 von 13

Seite 12 von 13

Seite 13 von 13

geld bzw. steigt:
ung abge-
lich für den
all nachge-
twister der
gatten oder angelegtes
nerung, die § 93c der sowie de son gilt, an der Tag der 2) oder der za Absatz 4 fe Höhe der
nlich der andere nach ihrer Daten r vorrimmt en werden.
ersonenbe- owie die ab
a.G., uri- G., Fidelity ngs-GmbH hafts- bzw. erung a.G. gerbringer -erstellung ändung, im Meldungen versorgung ndernehmen rufen sollen), versicherer

liche wir auch eren
trag auch eren die ngen hren idos
10 % ligen nach gen.
zur tend der recht aben . Zur wenn
oder ligen
nung s gilt sind. zlich
Per- ritts, t für lver- gen. oder vram Last

08 53

KVF-915 07.24

4. Prämienzuschlag bei fehlender/unzureichender Vorversicherung

Es besteht seit dem 1. Januar 2009 gemäß § 193 Abs. 3 VVG für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland die Pflicht bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten.

Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach dem Entstehen der Pflicht beantragt, ist ein gesetzlicher Prämienzuschlag zu entrichten. Der Zuschlag beträgt für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag; ab dem 6. Monat der Nichtversicherung 1/6 des Monatsbeitrags. Für die Berechnung der genauen Höhe des Prämienzuschlags ist der Beitrag für die substitutive Krankenversicherung ohne gesetzlichen Zuschlag, der Beitrag für ein Krankentagegeld sowie ein eventueller Risikoausgleichsbeitrag zu Grunde zu legen.

5. Mindest- und Höchstsätze in den Tagegeldtarifen (auch in UWE-KV-online hinterlegt)

<u>Tarife uni-PT-Komfort und uni-PT-Premium</u>	Mindestsatz	Höchstsatz	
	15,00 Euro	100,00 Euro	
<u>Tarif uni-KSKT</u>	Mindestsatz	Höchstsatz mit Krankheitskosten- vollversicherung	Höchstsatz ohne Krankheitskosten- vollversicherung
Mediziner und Freiberufler	15,00 Euro	340,00 Euro	130,00 Euro
Selbstständige Gewerbetreibende	15,00 Euro	130,00 Euro	130,00 Euro
Alle übrigen	15,00 Euro	130,00 Euro	80,00 Euro

Auf die Höchstsätze müssen bestehende Krankenhaustagegelder bei anderen Unternehmen in voller Höhe angerechnet werden.

<u>Tarif uni-KU</u>	Mindestsatz	Höchstsatz
	10,00 Euro	135,00 Euro

<u>Tarif uni-KT</u>	Mindestsatz	Höchstsatz
	10,00 Euro	690,00 Euro

Tarifstufen

uni-KT 15	10,00 Euro	130,00 Euro
uni-KT 22	10,00 Euro	130,00 Euro
uni-KT 29	10,00 Euro	130,00 Euro
uni-KT 43 – 183	10,00 Euro	690,00 Euro

In den Tarifstufen uni-KT 15 bis uni-KT 29 können zusammen höchstens 130,00 Euro, bei freien Berufen 260,00 Euro abgesichert werden.

Auf die Höchstsätze müssen folgende Tagegelder angerechnet werden:

- Krankengeld bei gesetzlichen Krankenversicherungen
- Krankentagegeld bei privaten Krankenversicherungen

KVF-915 07.24

6. Zusatzversicherung

Ambulante Zusatzversicherung

Die Tarife **uni-med|A** und **uni-EZ** können nicht miteinander kombiniert werden.

Zahnezusatzversicherung

Die Tarife **uni-dent|Komfort** und **uni-dent|Privat** können nicht miteinander kombiniert werden.

Pflegezusatzversicherung

Die Tarife **uni-PT-Komfort** und **uni-PT-Premium** können nicht miteinander kombiniert werden.

Die Tarifstufen **uni-PV plus 50** und **uni-PV plus 100** können nicht miteinander kombiniert werden.

Der Tarif **uni-PT-Komfort** bzw. **uni-PT-Premium** kann mit dem Tarif **uni-PV plus** kombiniert werden.

Kurtagegeld

Der Abschluss des Tarifes **uni-KU** ist nur möglich, wenn eine Versicherung nach Tarifen mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.