

- Ich **beantrage** den **Abschluss** / die Vertragsänderung einer Kranken- / Pflegeversicherung  
 Ich **wünsche** ein verbindliches **Angebot** für eine Kranken- / Pflegeversicherung  per Brief  per E-Mail

Ich bin bereits bei der uniVersa krankenversichert.  nein  ja, Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Betr.-BD/Agentur	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Externe Antragsnummer	Kundenummer	Versicherungsschein-Nr.
------------------	-----------	---------------	-----------------------	-------------	-------------------------

**1 Antragsteller bzw. Interessent** (Sämtliche verwendeten Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert) \* freiwillige Angaben

Vor- und Zuname, Titel  Herr  Frau Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand\*  ledig  verheiratet Telefon privat\* \_\_\_\_\_ Telefax\* \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Eine von der Postanschrift abweichende Meldeadresse für die Datenübermittlung an die Finanzbehörden gemäß Punkt **10** teilen Sie uns bitte gesondert mit.

Berufliche Tätigkeit obiger Person / bei Selbstständigen Art des Gewerbes \_\_\_\_\_ Arbeitgeber / Dienststelle / bei Selbstständigen Geschäftsanschrift \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit der zu versichernden Person(en) / bei Selbstständigen Art des Gewerbes (falls nicht mit Antragsteller bzw. Interessent identisch) \_\_\_\_\_ Arbeitgeber / Dienststelle / bei Selbstständigen Geschäftsanschrift \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Angestellter im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> Selbstständig, Gewerbe angemeldet? • Wenn ja, seit wann angemeldet? • Sind Sie im wesentlichen leitend oder aufsichtsführend tätig? • Anzahl Ihrer Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> Angestellter im öffentlichen Dienst mit Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> Beamter / Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> Beamter in Ausbildung • Ende der Ausbildung: _____	Beihilfeverordnung: <input type="checkbox"/> Bund _____ <input type="checkbox"/> Land _____ <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Durchschnittliches Nettoeinkommen / Gewinn nach Steuern der letzten 12 Monate aus der beruflichen Tätigkeit: _____ € mtl. <input type="checkbox"/> jährl. <input type="checkbox"/>				

**2 Zu versichernde Personen, gewünschter Versicherungsschutz, Beiträge** **Versicherungsbeginn 01. .20**

Pers. Nr.:	Vorname u. ggf. Zuname, wenn nicht Antragsteller bzw. Interessent	Geschlecht	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Tarifbezeichnung (Tarif, Stufe)	Tagegeld/ Beitragsreduzierung	Beitrag	Bei Vertragsänderungen: Folgende Tarife/Stufen entfallen:
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	
						€	€	

Übertragungswertbescheinigung liegt bei. Monatlicher Gesamtbeitrag \_\_\_\_\_ €

**3 Bei Beantragung von Tarifen mit Hausarztmodell**

Zur Nutzung der Vorteile des Primärarztprinzips benenne ich je zu versichernder Person als Hausarzt folgenden **Facharzt für Allgemeinmedizin** bzw. **praktischen Arzt**:

Pers. Nr.:	Name und Anschrift des Arztes

**4 Ergänzende Angaben zur Pflegeversicherung** Für die Beitragsgarantie für Verheiratete/Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes verwenden Sie bitte das Formular 315-893.

Ich beantrage die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Die Voraussetzungen sind unter Punkt **16** beschrieben:

Pers. Nr.: **1** hat kein mtl. Gesamteinkommen:  hat ein mtl. Gesamteinkommen von: \_\_\_\_\_ € Minijob wird ausgeübt:  ja  nein

Pers. Nr.: **2** hat kein mtl. Gesamteinkommen:  hat ein mtl. Gesamteinkommen von: \_\_\_\_\_ € Minijob wird ausgeübt:  ja  nein

Pers. Nr.: **3** hat kein mtl. Gesamteinkommen:  hat ein mtl. Gesamteinkommen von: \_\_\_\_\_ € Minijob wird ausgeübt:  ja  nein

**5 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 Tagesgeldversicherungen Höhe des Tagesgeldes 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

Zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten bzw. zum Erlass der Wartezeiten beachten Sie bitte Punkt **17**.

Es wird Wartezeiterlass mit ärztlicher und zahnärztlicher Untersuchung für Person-Nr. \_\_\_\_\_ beantragt. Die Kosten trägt der Antragsteller bzw. der Interessent.

**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 SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ODER FÜR DIE ZUKUNFT ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VVG ENTNEHMEN SIE BITTE PUNKT 27.

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.

- 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?.....
- 2 b. Bestehen oder bestanden in den letzten **3 Jahren** – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?.....
- 2 c. Besteht oder bestand in den letzten **3 Jahren** eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?.....
- 3. War in den letzten **5 Jahren** ein Krankenhaus-, Reha- oder Kuraufenthalt erforderlich?.....
- 4 a. Wurde in den letzten **10 Jahren** die Hilfe von Psychotherapeuten in Anspruch genommen? .....
- 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?.....
- 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. ....
- 5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus?.....
- 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?.....

**Bei Erhöhung bestehender Tarife:**

- 7. Bestehen oder bestanden in den letzten **3 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden, wurden Untersuchungen – auch vorsorglich – durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?.....

**Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen:**

- 8 a. Wurden in den letzten **3 Jahren** zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays **durchgeführt**?.....
- 8 b. Wurden zahnprothetische Behandlungen, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontosebehandlungen, Versorgungen mit Kronen, Implantaten oder Inlays **empfohlen** bzw. sind diese **beabsichtigt**?.....
- 8 c. Fehlen mehr als **2 Zähne** – außer Weisheitszähnen – die nicht ersetzt sind?.....  
Wenn ja, wie viele Zähne fehlen insgesamt?.....

8 d. Name und Anschrift des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

	Person 1		Person 2		Person 3	
1 a. Größe:	_____ cm		_____ cm		_____ cm	
1 b. Gewicht	_____ kg		_____ kg		_____ kg	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
2 a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Erhöhung bestehender Tarife:	ja	nein	ja	nein	ja	nein
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen:	ja	nein	ja	nein	ja	nein
8 a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zusatzvereinbarung zum Tarif uni-GZ / uni-GZ-E / uni-GZplus**

Wenn die Antragsfrage 8 c mit „ja“ beantwortet wurde, bin ich mit den Leistungshöchstsätzen für die Person(en) \_\_\_\_\_ gemäß der Zusatzvereinbarung nach Punkt 18 einverstanden.

**Wurde eine der Fragen 2a bis 8b mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen**

Pers. Nr.:	Frage Nr.:	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, Dioptrienwerte, bei Vorsorge-/Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei?		
				Ambulant	Stationär	Operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?

**Wurde eine der Fragen 2a bis 8b mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen**

Pers. Nr.:	Frage Nr.:	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, Dioptrienwerte, bei Vorsorge- / Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung / Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefrei?		
				Ambulant	Stationär	Operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 a bis 8 b nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages / der Angebotsanforderung). Beiblatt benutzt?  ja, Seitenanzahl?

Falls eine zu versichernde Person gewisse Gesundheitsangaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der uniVersa Krankenversicherung a.G. unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Es werden gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht gemacht und diese der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg unverzüglich nach Antragstellung/Angebotsanforderung schriftlich angezeigt.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller bzw. Interessent sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der der versicherten Personen im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

**7 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelungen des VVG, 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 / diese Angebotsanforderung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung des Antrags / der Angebotsanforderung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der uniVersa Krankenversicherung a.G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 / dieser Angebotsanforderung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags / der Angebotsanforderung 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 Schweigepflichtentbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

**2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss für die uniVersa Krankenversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung oder im Rahmen der Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

BITTE IMMER  
PERSONEN-NR. ANGEBEN

*Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Prüfung des Antrags / der Angebotsanforderung wie folgt ein:*

*Ich / wir - Pers.Nr.     willige/n ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. – soweit es für die erneute Prüfung des Antrags / der Angebotsanforderung oder für den Leistungsfall erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.*

*Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Angebotsanforderungen, Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die uniVersa Krankenversicherung a.G. übermittelt werden.*

*Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.*

BITTE IMMER  
PERSONEN-NR. ANGEBEN

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der uniVersa Krankenversicherung a.G.**

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

**3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die uniVersa Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

### 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt bestimmte Aufgaben, wie z.B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der uniVersa Lebensversicherung a.G., der uniVersa Allgemeinen Versicherung AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie unter Punkt 24. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise](http://www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise) eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon 0911 5307-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Einwilligung.

***Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die uniVersa Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.***

### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die uniVersa Krankenversicherung a.G. Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die uniVersa Krankenversicherung a.G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die uniVersa Krankenversicherung a.G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. unterrichtet.

***Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.***

### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

***Ich willige ein, dass die 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.***

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die 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 Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

## 8 Bonitätsauskunft

Für die Beurteilung des zu versichernden Risikos, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die Auskünfte über Ihr Zahlungsverhalten vorhalten (z.B. Schufa Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH). Dafür kann es erforderlich sein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Antrags-, Angebotsanforderungs- bzw. Vertragsdaten - jedoch keine Gesundheitsdaten - sowie nach § 203 StGB geschützte Daten an diese Auskunfteien übermittelt, um von diesen Stellen Auskünfte über Ihr Zahlungsverhalten zu erhalten und zu verarbeiten. Weiter kann es notwendig sein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Daten über etwaig nicht vertragsgemäßes Verhalten an diese Stelle übermittelt.

***Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. zur Prüfung eines Vertragsabschlusses, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug meine Antrags-, Angebotsanforderungs- bzw. Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) – ohne Gesundheitsdaten – sowie nach § 203 StGB geschützte Daten an eine Auskunftei (z.B. Schufa Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) übermittelt, dort Daten über mein Zahlungsverhalten erhebt und für die vorgenannten Zwecke verarbeitet und nutzt. Unabhängig davon wird die uniVersa Krankenversicherung a.G. an eine Auskunftei (z.B. Schufa Holding AG) auch personenbezogene Daten über ihre gegen Sie bestehenden fälligen Forderungen (z.B. titulierte, offene Beitragsforderungen) übermitteln. Dies ist nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz zulässig, wenn Sie die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht haben, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen der uniVersa Krankenversicherung a.G. oder Dritter erforderlich ist und die Forderung z.B. vorläufig vollstreckbar ist oder Sie die Forderung ausdrücklich anerkannt haben. Darüber hinaus wird die uniVersa Krankenversicherung a.G. der Auskunftei auch Daten über ein sonstiges nichtvertragsgemäßes Verhalten (z.B. betrügerisches oder missbräuchliches Verhalten) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach § 28 Absatz 2 Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der uniVersa Krankenversicherung a.G. oder Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt.***

## 9 Datennutzung und –verarbeitung für Werbezwecke / Werbeeinwilligung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der uniVersa Lebensversicherung a.G. und der uniVersa Allgemeine Versicherung AG sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

***Ich willige ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G., die uniVersa Lebensversicherung a.G., die uniVersa Allgemeine Versicherung AG sowie der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten zu Werbezwecken für Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte verarbeiten und nutzen dürfen. Wollen Sie diese Einwilligung nicht erteilen, streichen Sie den vorstehenden Satz. Sie können jederzeit auch zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Einwilligung gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G. widerrufen.***

Informationen, z.B. zu Werbezwecken, erhalten Sie grundsätzlich per Post. Nur wenn Sie ausdrücklich zugestimmt haben, kontaktieren wir Sie auch gerne telefonisch, per Fax oder per E-Mail.



## 16 Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegeversicherung

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und sie

- I) 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,
- II) nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 22 SGB XI befreit sind,
- III) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
- IV) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- V) kein **Gesamteinkommen**<sup>1)</sup> haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – im Jahr 2013 monatlich 385 EUR und im Jahr 2014 monatlich 395 EUR – überschreitet<sup>2)</sup>; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; 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; für geringfügig Beschäftigte (Minijob) nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen<sup>1)</sup> 450 EUR.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- c) 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 oder Bundesfreiwilligendienst 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 ab dem 01.07.2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, 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.
- d) 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 nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war. Entsprechende Nachweise – wie Schulbescheinigungen, Uni-Bescheinigungen, Dienstzeitbescheinigungen, usw. – sind ggf. einzureichen.

<sup>1)</sup> **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, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld, sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Kinderbetreuungskosten sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig.

<sup>2)</sup> Diese Einkommensgrenze kann sich jährlich ändern. Bitte fragen sie Ihren Berater.

## 17 Voraussetzung für den Erlass bzw. Anrechnung von Vorversicherungen auf Wartezeiten

### Krankheitskostenvollversicherung

**Übertritt aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung:** Personen, die aus einer 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 315-930) und zahnärztlichen Untersuchung (Vordruck 315-845) 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.

## 18 Zusatzvereinbarung zum Tarif uni-GZ / uni-GZ-E / uni-GZplus – Leistungshöchstsätze

Aus dem Tarif uni-GZ / uni-GZ-E / uni-GZplus wird für zahnärztliche Leistungen nach Ziffer 2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen höchstens ein Betrag

- von 260,- EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
  - von 520,- EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
  - von 780,- EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
  - von 2.000,- EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;
  - von 2.500,- EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre
- vom Versicherer gezahlt.

Die Leistungshöchstsätze gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Leistungen entfallen diese Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

## Hinweise und Erklärungen

### 19 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.**

### 20 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

### 21 Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass die Versicherungsverhältnisse in der Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherung 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 Auslandsreisekrankenversicherung 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 diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

### 22 Bei Versicherung von Krankentagegeld

**Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld, zusammen mit anderweitig bestehenden und beantragten Ansprüchen auf Krankentagegeld bzw. Krankengeld, den Durchschnittsbetrag meines beruflichen Nettoeinkommens zusammen mit folgenden hinzurechnungsfähigen Beträgen nicht übersteigt:**

- Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden,
- Beiträge zu einer privaten Kranken- / Pflegeversicherung

Eine Minderung meines Nettoeinkommens wird von mir angezeigt.

**Ich erkläre mich bereit, im Falle der Arbeitsunfähigkeit einen Nachweis über den mir entstehenden Verdienstaufschlag zu führen.**

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass Arbeitsunfähigkeit spätestens zum Beginn der Leistungspflicht zu melden ist. Die Arbeitsunfähigkeit ist dann wöchentlich für den Tarif uni-KT nachzuweisen. Bei verspätetem Nachweis wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt.

Mir ist bekannt, dass ein Krankentagegeld nur versicherbar ist, wenn und solange bei Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheiten oder Unfällen Verdienstaufschlag nachgewiesen werden kann.

### 23 Auszug aus der gesetzlichen Grundlage für die Datenübermittlung an die Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a des Einkommensteuergesetzes

...  
(2a) Der Steuerpflichtige hat in die Datenübermittlung nach Abs. 2 gegenüber der übermittelnden Stelle schriftlich einzuwilligen, spätestens bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr (Kalenderjahr, in dem die Beiträge geleistet worden sind) folgt; übermittelnde Stelle ist bei Vorsorgeaufwendungen nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b der Anbieter, bei Vorsorgeaufwendungen nach Abs. 1 Nr. 3 das Versicherungsunternehmen, der Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder die Künstlersozialkasse. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, der Steuerpflichtige widerruft diese schriftlich gegenüber der übermittelnden Stelle. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der übermittelnden Stelle vorliegen. Die übermittelnde Stelle hat bei Vorliegen einer Einwilligung

1. nach Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b und die Zertifizierungsnummer,
2. nach Abs. 2 Satz 3 die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge nach Abs. 1 Nr. 3, soweit diese nicht mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung oder der Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln sind,

unter Angabe der Vertrags- oder Versicherungsdaten, des Datums der Einwilligung und der Identifikationsnummer (§ 139b der Abgabenordnung) nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81) bis zum 28. Februar des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres zu übermitteln; sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, sind zusätzlich die Identifikationsnummer und das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers anzugeben. § 22a Abs. 2 gilt entsprechend. Wird die Einwilligung nach Ablauf des Beitragsjahres, jedoch innerhalb der in Satz 1 genannten Frist abgegeben, sind die Daten bis zum Ende des folgenden Kalendervierteljahres zu übermitteln ...

### 24 Liste über (externe) Dienstleister

In der nachfolgenden Liste werden Ihnen die Stellen und die Kategorien von Stellen einschließlich der übertragenen Aufgaben genannt, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen:

uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG (gemeinsame Datensammlung der Versicherer uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und uniVersa Krankenversicherung a.G. bzgl. ihres Bestandsverwaltungssystems, Vertrieb, IT-Dienstleistungen), Druckdienstleister (Erstellung von Druckstücken, z.B. Druck von Antragsformularen oder Versicherungsbedingungen, DATEV e.G. bzgl. Druck der Beitragsanpassungs- und Leistungsanpassungsschreiben, Giesecke & Devrient bzgl. Druck und Versand der uniVersa-Card), IT-Unternehmen (z.B. Pflege-, Wartungs- und Dienstleistungen, Test- und Projektarbeiten – in der Regel betreffend die in unserem Unternehmen eingesetzte Soft- und Hardware), Rückversicherer (Risiko- und Leistungsfallprüfung), Gutachter (Risiko- und Leistungsfallprüfung, z.B. Gutachtenerstellung zur medizinischen Notwendigkeit in der Krankenversicherung, Nachuntersuchungen in der KT-Versicherung, zur Einstufung der Pflegestufe in der Pflegeversicherung), Assistenzdienstleister (z.B. Durchführung von Disease-Management-Programmen für Brustkrebs, Asthma, Herz-/Kreislaufkrankungen oder Diabetes, Dienstleistungen bei Auslandsreisekrankenversicherungen wie Rückführungen aus dem Ausland, medi-Line-Gesundheitstelefon, Hotline zur Pflegeversicherung), Recherchedienstleister (Auskunfts- und Recherchedienstleistungen im Bereich Krankentagegeldversicherung), Wirtschaftsauskünfte (Einholung von Wirtschaftsauskünften bei Vertragsabschluss, -abwicklung und Zahlungsverzug), Dienstleister für den Forderungseinzug: Lohbeck & Partner Rechtsanwälte (Geltendmachung rückständiger Beitragsforderungen sowie von Courtage- und Provisionsrückforderungen), Wirtschaftsprüfer (Jahresabschlussarbeiten), Adressdienstleister (Überprüfung von Postanschriften und Ermittlung neuer Postanschriften).

### 25 Datenschutzhinweise/Informationen über die Betroffenenrechte

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlichen relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. ist den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft, dem Code of Conduct (CoC), zum **01.01.2014** beigetreten. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise](http://www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise) abrufen können.

Ebenfalls unter vorgenannter Internetadresse abrufen können Sie Listen der Unternehmen der uniVersa Allgemeine Versicherung AG und uniVersa Lebensversicherung a.G., die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch können diese Listen auch bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon 0911 5307-0 als verantwortliche Stelle angefordert werden.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon 0911 5307-0, Telefax 0911 5307-1788, E-Mail [info@universa.de](mailto:info@universa.de).

Das öffentliche Verzeichnis können Sie über [www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise](http://www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise) einsehen.

### 26 Kopie

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ist es notwendig, dass Sie die Ihnen 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 uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg 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. Für den Fall, dass Sie bereits den Abschluss des Vertrages beantragen, beachten Sie bitte, dass, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet sind.

### **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.

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, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. 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 Gefahrsicherung 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 Vertragsänderung 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 Vertragsabschluss. 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. Stellvertretung durch eine andere Person**

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