
MV-Vermittlernummer

GS/MV-Agenturnummer

Vermittler-/Fremdnummer (wenn vorhanden)

1 Persönliche Daten Antragsteller/-in (= Versicherungsnehmer/-in)

Anrede

Titel

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

E-Mail¹

Telefon für Rückfragen¹

01. _____
Versicherungsbeginn

Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats sein. Wenn der Antrag bis zum 15. eines Monats beim Versicherer eingegangen ist, kann der Versicherungsbeginn noch auf den ersten Tag dieses Monats datiert werden.

¹ Bitte für eventuell erforderliche Rückfragen ergänzen.

2 Ja, ich möchte KlinikGesund abschließen:

Sie beantragen rechtsverbindlich den Abschluss eines Versicherungsvertrages bei der Münchener Verein Krankenversicherung a.G.. Der Vertrag kommt erst mit der schriftlich erklärten Annahme Ihres Antrages oder der Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Zu versichernde Person 1

Anrede

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Gewünschter Tarif

Monatlicher Beitrag

Gesetzliche Krankenkasse

Angehörigkeitsverhältnis zum Versicherungsnehmer

Als zulässige nahe Angehörige gelten beim Münchener Verein ausschließlich: Ehegatten und Lebenspartner gemäß LPartG / Kinder (auch Adoptivkinder) / Enkel und Urenkel / Eltern, Schwiegereltern und Großeltern / Geschwister und deren Kinder, Ehegatten und Lebenspartner gemäß LPartG / Kinder und Geschwister des Ehegatten oder Lebenspartners gemäß LPartG / Geschwister der Eltern.

Zu versichernde Person 2

Anrede

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Gewünschter Tarif

Monatlicher Beitrag

Gesetzliche Krankenkasse

Angehörigkeitsverhältnis zum Versicherungsnehmer

Als zulässige nahe Angehörige gelten beim Münchener Verein ausschließlich: Ehegatten und Lebenspartner gemäß LPartG / Kinder (auch Adoptivkinder) / Enkel und Urenkel / Eltern, Schwiegereltern und Großeltern / Geschwister und deren Kinder, Ehegatten und Lebenspartner gemäß LPartG / Kinder und Geschwister des Ehegatten oder Lebenspartners gemäß LPartG / Geschwister der Eltern.

Für die zu versichernden Person 1 wird folgendes erklärt:

Es besteht für die zu versichernden Personen ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. auf freie Heilfürsorge.

Antrags- und Gesundheitsangaben der zu versichernden Person 1

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Pflicht.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig, vollständig und richtig. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und berechtigen uns, den Vertrag zu kündigen, anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Nähere Informationen finden Sie unter Punkt 8 „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung – Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

Zu versichernde Person 1

1 Körpergröße und Körpergewicht

_____ cm _____ kg

2 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien bzw. erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten?

Nein Ja

Folgende Erkrankungen/Untersuchungen/Behandlungen müssen nicht angegeben werden, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind:

Allgemeines: Knochenbrüche (ohne Fremdmaterial), oberflächliche Verletzungen (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung)

Äußerlich sichtbar: Hautpilzkrankung, Insektenstiche (nicht allergisch), Nagelbettentzündung (ein- bis dreimalig aufgetreten), eingewachsene Nägel (ein- bis dreimalig aufgetreten), Nagelpilzkrankung, oberflächliche Verletzungen (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung), Sonnenbrand

Chronische Erkrankungen: Leberflecke (gutartig), Schilddrüsenunterfunktion

Kopf/Hals: Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Mundschleimhautentzündung, Mundsoor, Ohrenschmalz

Unterleib/Magen/Darm: Empfängnisverhütung, Entbindung, Sterilisation

Vorsorge: Impfungen, Routineuntersuchungen ohne Befund, Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund

3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder ist ein Krankenhausaufenthalt (auch in Kurkliniken und Sanatorien) beabsichtigt oder angeraten? – Wenn ja: Zusatzklärung beilegen –

Nein Ja

Folgende Erkrankungen/Untersuchungen/Behandlungen müssen nicht angegeben werden, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind: Blinddarm (operiert), Gaumenmandelentfernung, Gebärmuttermyom (operiert), Rachenmandelentfernung, Sterilisation

4 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?

Nein Ja

Ovulationshemmer und Medikamente bei Schilddrüsenunterfunktion müssen hier nicht angegeben werden.

5 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung wegen einer bösartigen Tumorerkrankung durchgeführt?

Nein Ja

Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität oder Infertilität?

Vasektomie oder Sterilisation wegen abgeschlossener Familienplanung müssen hier nicht angegeben werden.

Wurde in den letzten 5 Jahren eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt?

6 Besteht eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr? Wurde jemals ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt?

Nein Ja

7 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung ärztlich angeraten oder durchgeführt?

Nein Ja

Wenn bekannt, bitte den Grund der Behandlung/Diagnose (ICD10-Code) angeben.

8 Ist die zu versichernde Person werdende Mutter oder werdender Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?

Nein Ja

Wann wird die Geburt erwartet? Bei Adoption: Wann ist der Adoptionstermin (Gerichtsbeschluss)?

Den errechneten Geburtstermin finden Sie im Mutterpass.

TT.MM.JJJJ

Ich bin damit einverstanden, dass meine Versicherung in Tarif KlinikGesund zum 1. des Monats nach dem errechneten Geburtstermin bzw. nach dem Adoptionstermin beginnt. Besteht bei Antragstellung eine ärztlich festgestellte Schwangerschaft, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Nein Ja

Wenn eine der Fragen 5 und 6 mit „Ja“ bzw. die Frage 8 Versicherungsbeginn mit „Nein“ beantwortet wurde, kann leider kein Versicherungsschutz geboten werden. Wenn eine der Fragen 2, 3, 4 und 7 mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte hier erläutern.

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Untersuchung, Behandlung, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- oder Routineuntersuchungen mit Befund bitte Befund angeben.	von wann/ bis wann	Fand eine Operation statt?	Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Therapeuten bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?	wenn ja, seit wann
			nein ja			nein ja	

Für die zu versichernden Person 2 wird folgendes erklärt:

Es besteht für die zu versichernden Personen ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. auf freie Heilfürsorge.

Antrags- und Gesundheitsangaben der zu versichernden Person 2

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Pflicht.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig, vollständig und richtig. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und berechtigen uns, den Vertrag zu kündigen, anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Nähere Informationen finden Sie unter Punkt 8 „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung – Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

Zu versichernde Person 2

- 1 Körpergröße und Körpergewicht** _____ cm _____ kg

- 2 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, Anomalien bzw. erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten?** Nein Ja
Folgende Erkrankungen/Untersuchungen/Behandlungen müssen nicht angegeben werden, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind:
Allgemeines: Knochenbrüche (ohne Fremdmaterial), oberflächliche Verletzungen (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung)
Äußerlich sichtbar: Hautpilzerkrankung, Insektenstiche (nicht allergisch), Nagelbettentzündung (ein- bis dreimalig aufgetreten), eingewachsene Nägel (ein- bis dreimalig aufgetreten), Nagelpilzerkrankung, oberflächliche Verletzungen (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung), Sonnenbrand
Chronische Erkrankungen: Leberflecke (gutartig), Schilddrüsenunterfunktion
Kopf/Hals: Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Mundschleimhautentzündung, Mundsoor, Ohrenschmalz
Unterleib/Magen/Darm: Empfängnisverhütung, Entbindung, Sterilisation
Vorsorge: Impfungen, Routineuntersuchungen ohne Befund, Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund

- 3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder ist ein Krankenhausaufenthalt (auch in Kurkliniken und Sanatorien) beabsichtigt oder angeraten? – Wenn ja: Zusatzklärung beilegen –** Nein Ja
Folgende Erkrankungen/Untersuchungen/Behandlungen müssen nicht angegeben werden, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind: Blinddarm (operiert), Gaumenmandelentfernung, Gebärmuttermyom (operiert), Rachenmandelentfernung, Sterilisation

- 4 Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel oder Betäubungsmittel/Drogen eingenommen?** Nein Ja
Ovulationshemmer und Medikamente bei Schilddrüsenunterfunktion müssen hier nicht angegeben werden.

- 5 Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung wegen einer bösartigen Tumorerkrankung durchgeführt?** Nein Ja
Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?
Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität oder Infertilität?
Vasektomie oder Sterilisation wegen abgeschlossener Familienplanung müssen hier nicht angegeben werden.
Wurde in den letzten 5 Jahren eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt?

- 6 Besteht eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr? Wurde jemals ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt?** Nein Ja

- 7 Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung ärztlich angeraten oder durchgeführt?** Nein Ja
Wenn bekannt, bitte den Grund der Behandlung/Diagnose (ICD10-Code) angeben.

- 8 Ist die zu versichernde Person werdende Mutter oder werdender Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?** Nein Ja
Wann wird die Geburt erwartet? Bei Adoption: Wann ist der Adoptionstermin (Gerichtsbeschluss)?
Den errechneten Geburtstermin finden Sie im Mutterpass. _____ TT.MM.JJJJ
Ich bin damit einverstanden, dass meine Versicherung in Tarif KlinikGesund zum 1. des Monats nach dem errechneten Geburtstermin bzw. nach dem Adoptionstermin beginnt. Besteht bei Antragstellung eine ärztlich festgestellte Schwangerschaft, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Nein Ja

Wenn eine der Fragen 5 und 6 mit „Ja“ bzw. die Frage 8 Versicherungsbeginn mit „Nein“ beantwortet wurde, kann leider kein Versicherungsschutz geboten werden. Wenn eine der Fragen 2, 3, 4 und 7 mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte hier erläutern.

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Untersuchung, Behandlung, wenn Sie Arzneimittel nehmen, welche? Bei Kontroll- oder Routineuntersuchungen mit Befund bitte Befund angeben.	von wann/ bis wann	Fand eine Operation statt?	Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen	Name und Anschrift des Therapeuten bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?	wenn ja, seit wann
			nein ja			nein ja	

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen (Kontoinhaber = Antragsteller)

Zahlungsempfänger: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., 80283 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ0000035752
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem nachgenannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschrifteinzug vorab angekündigt wird, vier Kalendertage beträgt. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Abschluss ist nur möglich, wenn der Antragsteller ein Mandat zum SEPA-Lastschrifteinzug erteilt.

Zahlungsweise (Bitte auswählen)

Bitte geben Sie Ihre Zahlungsweise an: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich (3 % Nachlass)

Zahlungsweise

IBAN

BIC (Angabe nur bei ausländischen Bankverbindungen erforderlich)

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



Hinweis: Der Vermittler ist zur Entgegennahme von Zahlungen mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht bevollmächtigt.

Vertragsunterlagen und Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe und ich den Inhalten zustimme:

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Vertragsinformationen
- Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarifbedingungen
- Dienstleisterliste (s. Seite 5, Ziffer 3.2), die „Datenschutzhinweise der Münchener Verein Krankenversicherung a. G.“ sowie die „Datenschutzhinweise der infoscore Consumer Data GmbH“

Beratungsprotokoll

Erstellt und ausgehändigt. Nicht erstellt, dass Antragsteller(in) durch gesonderte schriftliche Erklärung auf Dokumentation verzichtet hat.

JA, ich bin – jederzeit widerruflich – damit einverstanden, dass die Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe (Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG) einschließlich der Münchener Assekuranz Vermittlungs-GmbH sowie deren Außendienstpartner mit mir wegen meines Vertrages und in sonstigen Versicherungsangelegenheiten per Telefon, Fax oder E-Mail in Kontakt treten.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (siehe Rückseite):

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtenbindung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ich habe die auf der Rückseite dieses Antrags stehenden Erklärungen und Einwilligungen gelesen und stimme zu.

Information zu den Verhaltensregeln der Deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) siehe unter Punkt 7 „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

Des Weiteren bestätige ich, dass ich nicht durch einen Versicherungsberater (gegen Honorar) beraten wurde. Die beantragten Tarife können nur abgeschlossen werden, wenn die Beratung und Vermittlung durch einen Versicherungsvertreter bzw. Versicherungsmakler oder im Wege des Fernabsatzes ohne Mitwirkung eines Versicherungsberaters erfolgte.

Ort

Datum



Unterschrift Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in



Unterschrift der übrigen zu versichernden Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr



Unterschrift Antragsvermittler(in)

Widerrufsrecht, Widerruffolgen

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren Informationen, die nach den §§ 1–3 der VVG-Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind. Diese Informationspflichten finden Sie in Abschnitt 2 der vollständigen Belehrung zum Widerrufsrecht in Ihrem Versicherungsschein jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Münchener Verein Krankenversicherung a. G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 089/51 52 – 40 20.

Widerrufolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat die Erstattung zurückzuzahlender Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Ende der Widerrufsbelehrung

Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieser Erklärung wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Sofern der von mir beantragte Versicherungsbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe Widerrufsbelehrung), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Einwilligung zur gemeinsamen Datenführung

Ich willige ein, dass die Versicherer der Münchener Verein Versicherungsgruppe (Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungen-AG) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen.

Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer bei Vertragsschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z.B. Creditreform, InFoScore) einholt und nutzt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Versicherer ist im Übrigen verpflichtet, mir Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung zu geben. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance-Gesellschaften bei Versicherungsfällen im Ausland, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Münchener Verein 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antragsverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

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

Wir verpflichten 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. Wir benötigen 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 Münchener Verein 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Assistance-Dienstleistungen für Versicherungsfälle im Ausland, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen

die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Münchener Verein Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und soweit erforderlich auch für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.muenchener-verein.de eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder beim Münchener Verein (089/51 52 10 00) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. 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, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein 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.

Verhaltensregeln der Deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) – Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, 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 datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.muenchener-verein.de/datenschutz abrufen können. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne einen Ausdruck der Verhaltensregeln. Bitte wenden Sie sich dafür an unser Service Center, Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Telefon 089/51 52-10 00, info@muenchener-verein.de.

Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine 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 seiner 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, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Versicherung ergänzen.

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 Gefährumstände, 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. 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 Gefährabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner 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 ihm 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 Gefährumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. 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 sowohl 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.

KlinikGesund – Ihr Monatsbeitrag



Alter	Tarif 538	Tarif 539
0–5	9,50	9,80
6–15	4,70	6,50
16–20	12,00	14,60
21–25	11,70	13,40
26–30	16,10	17,30
31–35	16,10	23,30
36–40	15,50	20,30
41–45	16,90	23,90
46–50*	20,90	29,90
51–55*	28,50	36,90
56–59*	37,90	47,30

Alter**	Tarif 838	Tarif 739
0–15	4,68	4,89
16–20	8,72	10,68
21	29,24	36,88
22	29,90	37,66
23	30,57	38,46
24	31,25	39,26
25	31,94	40,06
26	32,63	40,86
27	33,32	41,65
28	34,02	42,45
29	34,72	43,25
30	35,42	44,05
31	36,11	44,83
32	36,80	45,61
33	37,48	46,38
34	38,16	47,15
35	38,87	47,95
36	39,60	48,79
37	40,37	49,67
38	41,16	50,60
39	41,99	51,58
40	42,86	52,61
41	43,78	53,69
42	44,75	54,83
43	45,77	56,04
44	46,85	57,32
45	47,96	58,63
46	49,09	59,97
47	50,26	61,36

Alter**	Tarif 838	Tarif 739
48	51,47	62,79
49	52,72	64,27
50	54,00	65,80
51	55,33	67,39
52	56,70	69,03
53	58,12	70,74
54	59,58	72,52
55	61,09	74,36
56	62,64	76,26
57	64,23	78,24
58	65,88	80,31
59	67,58	82,46
60	69,31	84,65
61	71,09	86,90
62	72,91	89,20
63	74,77	91,57
64	76,69	94,00
65	78,62	96,46
66	80,56	98,96
67	82,50	101,48
68	84,46	104,04
69	86,43	106,66
70	88,36	109,24
71	90,25	111,80
72	92,08	114,33
73	93,85	116,82
74	95,54	119,27
75	97,19	121,69

* Ein Abschluss der Tarife 539, 538 ist mit diesem Antrag nur bis zum Eintrittsalter 49 Jahre möglich.

Für Personen, die das 5., 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

** Ein Abschluss der Tarife 739, 838 ist mit diesem Antrag nur bis zum Eintrittsalter 75 Jahre möglich.

Beiträge Stand: 01.07.2024