



#### 4 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.)?

Zu Pers. Nr.	Name der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung	Art und Umfang der Versicherung (Krankenvoll-/Krankenzusatzversicherung, Pflegeversicherung, bei Tagegeldversicherungen Höhe des Tagegeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am

#### 5 Bankverbindung

Die **Beiträge sollen monatlich abgerufen werden**. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt, bis auf Widerruf die Beiträge vom angegebenen Konto mittels Abrufverfahren einzuziehen; sie handelt auch **im Namen und für Rechnung** der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Bezeichnung des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Zu- und Vorname Kontoinhaber	Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller	

#### 6 Wichtige Hinweise

Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht** auf Seite 4 sowie die **Hinweise und Erklärungen** auf Seite 3. Die Erklärungen enthalten unter anderem Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) zur Datenverarbeitung; sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

#### 7 Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Die „Hinweise und Erklärungen auf Seite 3 des Antrages“ enthalten wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antrags- und Leistungsprüfung ab. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die  Antragsprüfung /  Leistungsprüfung wird nicht abgegeben.

#### 8 Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG (Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen)

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911/ 5307-1788.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

#### 9 Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich den Erhalt

- des Druckstückes 315-700, Fassung  (Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung)
- des Produktinformationsblattes und der Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der Aushändigung	Unterschrift Antragsteller

#### 10 Unterschrift(en) zur Antragstellung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stempel/Unterschrift Vermittler	Unterschrift der mitzuversichernden Personen über 16 Jahre (bis 16 Jahre Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller)

## Hinweise und Erklärungen

### 11 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 unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.**

### 12 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

### 13 Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigt der private Krankenversicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings Ihre Einwilligung erforderlich.

#### 1. Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

#### 2. Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass der private Krankenversicherer die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannte sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

#### 3. Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

### 14 Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, an den Vermögensschaden-Haftpflichtversicherer im Falle der Inanspruchnahme und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer Dritte mit der zur Durchführung des Vertrages erforderlichen Auftragsdatenverarbeitung/Nutzung der Daten beauftragt, auch wenn diese ein Geheimnis im Sinne des § 203 StGB darstellen. Gleichzeitig erkläre ich mich mit der Weitergabe der allgemeinen Vertragsdaten an den Assistenzdienstleister einverstanden. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der uniVersa Versicherungen allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an Ihre Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt senden wir Ihnen auf Wunsch gerne zu.

Ich bin widerruflich damit einverstanden, dass ich zu Werbezwecken auch telefonisch kontaktiert werde. (ggf. streichen)

### 15 Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass das Versicherungsverhältnis in der Pfl egetagegeldversicherung auf die Dauer von einem Jahr abgeschlossen wird. Es verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

### 16 Durchschrift

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird mir sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

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. 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. 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 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. 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.

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg  
Registergericht: Nürnberg,  
HRB 540

Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)  
Vorstand: Gerhard Glatz (Vors.)  
Werner Gremmelmaier,  
Wigand Vogel,  
Michael Baulig

Hauptverwaltung Nürnberg  
Sulzbacher Straße 1 - 7  
90489 Nürnberg

Telefon (09 11) 53 07 - 0  
Telefax (09 11) 53 07 - 1788  
E-mail: info@universa.de  
Internet: www.universa.de  
Steuer-Nr.: 241/101/00155

**Postbank Nürnberg**  
BLZ 760 100 85  
Kto. 90 500-853  
**Dresdner Bank Nürnberg**  
BLZ 760 800 40  
Kto. 201 696 500