



1089700

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

- Ausfallversicherung
- Krankentagegeldversicherung

GS-Eingang		RS	Direktions-Eingang	RS	Vers.-Schein-Nr.	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	M M J
Beruf VN	Beruf VP 1	ADM 1 + PROD.-ANT.%		ADM 2 + PROD.-ANT.%		ADM 3 + PROD.-ANT.%		AST	Verm.-Nr.	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam	
										<input type="checkbox"/> VS an <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> GS	

INTER PraxisSchutz® / INTER GewerbeSchutz®

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Ausfall- und Krankentagegeldversicherung



1089700

Neuantrag Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. _____
 Bereits INTER-Kunde ja nein

Grund der Änderung _____
 Angebots-Nr. _____

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel _____ Firmierung _____ Geschlecht m w d Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche (genaue Bezeichnung) _____
 Vorname _____ Straße/Haus-Nr. _____
 Zuname _____ PLZ (für Straße) _____ Wohnort _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ Versicherungsort (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.) – nur ausfüllen, wenn Anschrift abweicht _____
 Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft
 Selbstständig ja nein seit _____
 Freiberufler ja nein seit _____

Ihre Berufsgruppe

Heilwesen Freiberufler Handwerker
 Sonstige _____

Besteht eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk der INTER?
 ja, Vertrags-Nr. _____ nein

Ihre Kommunikationsdaten

Telefon* Privat _____ Geschäftlich _____
 Mobil _____
 Fax* Privat _____ Geschäftlich _____
 E-Mail* Privat _____ Geschäftlich _____

*freiwillige Angaben

Ihr Ja zu mehr Kontakt mit der INTER!

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe* und ihre für mich zuständigen Vermittler die von mir angegebenen Daten verwenden, um mich über von ihnen angebotene Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte und Services werblich zu informieren und mich im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung (z.B. Befragungen zur Servicequalität) anzusprechen unter **Nutzung** der nachfolgend freiwillig von mir ausgewählten Kommunikationswege:

- Telefon Privat Geschäftlich Mobil auch SMS
- Fax Privat Geschäftlich
- E-Mail Privat Geschäftlich

Meine **Werbeeinwilligung** kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Auswirkung auf bestehende Vertragsverhältnisse widerrufen.

*INTER Versicherungsverein aG, INTER Krankenversicherung AG, INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG - BKM

B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH²⁾, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH²⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber _____ Geschlecht m w d
 Titel _____ Vorname _____ Kreditinstitut _____
 Zuname _____ IBAN _____
 Straße/Haus-Nr. _____ Ort, Datum _____
 PLZ _____ Wohnort _____
 Unterschrift des Kontoinhabers _____

¹⁾ Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

²⁾ Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

C. Zu versichernde Person

Vorname _____

ggf. abweichender Zu- oder Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit deutsch oder welche? _____

Beziehung zum Antragsteller VN Ehegatte Tochter Sohn Sonstiger naher Familienangehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO
 KEIN naher Angehöriger gemäß § 7 PflegeZG oder § 15 AO
 (Die Definition der nahen Angehörigen entnehmen Sie bitte der Seite 10, Punkt „C“.)

Familienstand: _____ Familienstand: _____

1 = ledig 2 = verheiratet 3 = geschieden
 4 = verwitwet 5 = eheähnliche Gemeinschaft
 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum und Geschlecht _____ m w d

Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit und Branche _____

Art des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird _____

Berufsstellung Selbstständig Arbeitnehmer Freiberufler Zeitsoldat Berufssoldat Beamter
 _____ Länderschlüssel (siehe wichtige Erklärungen und Hinweise)

Antrag auf eine Betriebsausfallversicherung bei der INTER Allgemeine Versicherung AG

D. Vorschäden/Vorversicherung

Bevor Sie die Fragen nach Vorversicherung und Vorschäden beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“.

Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten? ja nein Wurde ein Versicherungsantrag bereits abgelehnt? ja nein

Bestehen oder bestanden Vorversicherungen? ja nein

Versicherer	Versicherungsnummer	Ablauf	gekündigt durch VN* oder VR**	Schadenjahr	Schadenhöhen (EUR)	Wenn diese bei uns besteht, soll sie hiergegen erlöschen?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Karenztage _____ EUR/Tag _____

* Versicherungsnehmer ** Versicherer

E. Risikobeschreibung

Praxisart/Praxisbeschreibung bzw. Betriebsart/Betriebsbeschreibung _____

Anzahl der Beschäftigten _____ Praxis- bzw. Betriebsfläche _____ qm Praxisart/Betriebsart Risikokennziffer _____ / _____ Praxis/Firma besteht seit _____ Prämiengruppe _____

Handelt es sich um ein/e _____

– Personengesellschaft wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis), Partnerschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts?* ja nein Zusatzfrage für Selbstständige – Sind Sie GmbH-Geschäftsführer? ja nein

– Praxis- oder Bürogemeinschaft**? ja nein Falls ja: Wie hoch ist Ihr GmbH-Anteil? _____ %

– Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)*? ja nein

Falls ja (MVZ): Ist die zu versichernde Person als freiberuflicher Vertragsarzt tätig? ja nein

Nur ausfüllen, sofern es sich um eine Personengesellschaft handelt.
 Wie lautet die genaue Firmierung der Personengesellschaft? _____

In welcher Höhe ist die zu versichernde Person an den fortlaufenden Betriebskosten und am Betriebsgewinn beteiligt? _____ %
 Wenn möglich, bitte entsprechenden Nachweis, z. B. Gesellschaftsvertrag, beifügen.

* Siehe Seite 9 und 10, B: „Erläuterungen“

F. Versicherungsbeginn/Vertragsdauer

Hinsichtlich der Vertragsdauer besteht die Möglichkeit, eine Laufzeit von 1 oder 3 Jahren zu wählen:

Versicherung Betriebsausfall _____ Beginn _____ 00 Uhr Ablauf _____ 12 Uhr Vertragsdauer in Jahren 1 3

Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der Vertragsdauer stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf eine Kündigung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zugegangen ist. Der Vertrag endet spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet hat.

G. Summenermittlung

Die bedarfsgerechte Versicherungssumme wird ermittelt

- anhand des beigefügten Summenermittlungsbogens zur Betriebsausfallversicherung (Berechnung der fortlaufenden Betriebskosten des abgelaufenen Geschäftsjahres zuzüglich des Betriebsgewinns abzüglich den Leistungen bestehender bzw. beantragter Krankentage-/Krankengeldversicherungen)
- durch folgendes vereinfachtes Summenermittlungsschema:

Summenermittlung auf Basis des abgelaufenen Geschäftsjahres

1. Umsatzerlöse	von _____ bis _____	EUR
2. abzüglich Praxisbedarf/Materialaufwand/Verbrauchsmaterial	_____	EUR
3. Zwischensumme (Rohertrag)	_____	EUR
4. a) hiervon 80 % (maximal versicherbare Jahresversicherungssumme) – gilt für Ärzte/Ärztinnen	_____	EUR
b) abzüglich Steuern (auf Einkommen/Gewinn) (maximal versicherbare Jahresversicherungssumme) – gilt für Freiberufler/innen (auch Apotheker/innen) und Handwerker/innen	_____	EUR
Von der Ermittlung abweichend gewünschte Versicherungssumme	_____	EUR
5. Maximal versicherbare Jahresversicherungssumme/360 Tage (maximal versicherbarer Tagessatz*)	_____	EUR
6. abzüglich Tagessatz versichertes/beantragtes Krankentagegeld, sonstiges Krankengeld	_____	EUR
7. Tagessatz Betriebsausfallversicherung (Restbedarf*)	_____	EUR
8. Tagessatz Betriebsausfallversicherung x 360 Tage (Jahresversicherungssumme Betriebsausfallversicherung*)	_____	EUR
Von der Ermittlung abweichend gewünschter Tagessatz Betriebsausfallversicherung	_____	EUR
Von der Ermittlung abweichend gewünschte Jahresversicherungssumme Betriebsausfallversicherung	_____	EUR

* Der versicherte Tagessatz der Betriebsausfallversicherung darf für Ärzte/Ärztinnen und Freiberufler/innen 800 EUR – entspricht einer Jahreshöchstversicherungssumme von 288.000 EUR – und für Handwerker/innen 400 EUR – entspricht einer Jahreshöchstversicherungssumme von 144.000 EUR – nicht übersteigen.

Bedingungsgemäß darf der Tagessatz aus der Betriebsausfallversicherung zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern den auf den Kalendertag umgerechneten Versicherungswert, gebildet aus den fortlaufenden Betriebskosten und Betriebsgewinn, die der Versicherungsnehmer innerhalb des Kalenderjahres ohne Unterbrechung des Betriebes erwirtschaftet hätte, nicht übersteigen.

H. Antragstellung ohne Angebot

Bitte nur ausfüllen, wenn unter Punkt I. auf der folgenden Seite keine Vorbelegung durch den Onlinerechner erfolgt ist.

- Beantragt wird Versicherungsschutz wie folgt:

H1. Karennzeiten/Optionen

Karennzeiten

Karenztage für die Unterbrechung durch Krankheit und Unfall (Selbstbeteiligung)

- 14 Tage 21 Tage 28 Tage 42 Tage

Die Karenzzeit entfällt, wenn aufgrund eines Unfalls ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt von mindestens 72 Stunden notwendig wird.

Optionen

- ja, ich wünsche den Verzicht des Versicherers auf sein ordentliches Kündigungsrecht (Abschnitt „B“ § 3 Nr. 2 und Nr. 3 BAV 2022) gegen eine Mehrprämie von 25 %. Es gilt Nr. 5.3 BV BAV Premium. Die Kündigung des Versicherers aus anderen gesetzlich oder vertraglich bestimmten Gründen sowie die unter Abschnitt „B“ § 3 Nr. 5 bis Nr. 7 BAV 2022 vereinbarten Anlässe, die ohne Erklärung einer Kündigung zur Vertragsbeendigung führen, bleiben unberührt. Diese Option ist nur wählbar bei Ärzten und Zahnärzten in der Tariflinie Premium und nur als Jahresvertrag.
 - nein
- Ausschluss des Schadenereignisses „Krankheit“?
 - ja, ich verzichte auf Versicherungsleistungen für das Schadenereignis „Krankheit“ (Abschnitt „A“ § 1 Nr. 2 a) BAV 2022) gegen einen Prämienrabatt von 40 % (Exklusiv) / 50 % (Premium).
 - nein

H2. Leistungsdauer/Haftzeit

- 12 Monate (360 Tage) 18 Monate (540 Tage) 24 Monate (720 Tage)

H3. Tariflinie

- Exklusiv Premium

H4. Versicherungssumme/Prämie

Jahresversicherungssumme	_____	Prämienatz	_____	Prämie	_____
Betriebsausfallversicherung	EUR	x	%	=	EUR*
	<input type="checkbox"/> 20 % Zuschlag für Leistungsdauer/Haftzeit 18 Monate		<input type="checkbox"/> 30 % Zuschlag für Leistungsdauer/Haftzeit 24 Monate	+	EUR
	<input type="checkbox"/> 25 % Mehrprämie für Verzicht des Versicherers auf sein ordentliches Kündigungsrecht (gilt nur für Ärzte und Zahnärzte in der Tariflinie Premium)			+	EUR
	<input type="checkbox"/> 40 % (Exklusiv) / 50 % (Premium) Prämiennachlass für den Ausschluss von „Krankheit“			-	EUR
	<input type="checkbox"/> 10 % Rabatt für Versorgungswerk-Mitgliedschaft			-	EUR
Zwischensumme	_____			=	EUR*
	<input type="checkbox"/> _____			+/-	EUR
	<input type="checkbox"/> 5 % Laufzeitrabatt für 3-jährige Vertragsdauer			-	EUR
Jahresnettoprämie	_____			=	EUR
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> 1/_____ -jährlich	Nettoprämie gemäß Zahlungsweise (mind. 50 EUR)		=	EUR
	<input type="checkbox"/> _____ % Ratenzahlungszuschlag**			+	EUR
	<input checked="" type="checkbox"/> gesetzliche Versicherungsteuer			+	EUR
		Gesamtprämie gemäß Zahlungsweise		=	EUR

* Die Mindestprämie beträgt 250 EUR.

** Ratenzahlungszuschläge bei unterjähriger Zahlung: 1/2-jährlich 3 %, 1/4-jährlich 5 % und monatlich 10 %.

I. Antragstellung mit Angebot

Beantragt wird Versicherungsschutz gemäß Angebot wie folgt:

Nur bei Direktionsangebot: Angebotsnummer _____ vom _____ (Datum)

Jahresversicherungssumme	Leistungsdauer/Haftzeit	Ausschluss Krankheit	Zahlungsweise
_____	_____	_____	_____
Laufzeitrabatt	Nachlass für Versorgungswerk-Mitgliedschaft		
_____	_____		

Bitte wählen Sie eine Variante aus:

Variante	Tariflinie	Grundprämienatz	Karenzzeit	Option	Prämie
<input type="checkbox"/> 1	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 3	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 4	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 5	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 6	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 7	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 8	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 9	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 10	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 11	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 12	_____	_____	_____	_____	_____

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Krankentagegeldversicherung bei der INTER Krankenversicherung AG

J. Zur Krankentagegeldversicherung

Ich beantrage

- den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung
- die Änderung zur Krankentagegeldversicherung-Nr. _____
- den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit

Firma, Verband usw.

Ich wünsche die Übersendung eines Angebotes für

- eine Krankentagegeldversicherung
- die Änderung zur Krankentagegeldversicherung-Nr. _____
- eine Krankentagegeldversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit

Firma, Verband usw.

Krankentagegeld (KT)	zukünftige Tarife/Stufe (Karenzzeit in Tagen)/ Tagessatz EUR	Tarifbeitrag EUR monatlich	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
	_____	_____	Versicherungsbeginn oder Änderungstermin _____

Zusatzfragen für Krankentagegeld (sofern Krankentagegeld beantragt wird)

Selbständige/Freiberufler/Ärzte:

Wie hoch war das durchschnittliche Nettoeinkommen für das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung? _____ EUR

oder
Wie hoch ist das durchschnittliche Nettoeinkommen der kommenden 12 Monate ab Antragstellung? _____ EUR

(Wichtig: Die Definition zur Errechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens entnehmen Sie bitte der Seite 10)

Bedingungsgemäß darf das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankengeldern, Krankentagegeldern und dem Tagessatz aus der Betriebsausfallversicherung, das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen, nicht übersteigen.

Besteht ein Krankengeldanspruch in der GKV? ja nein Höhe des Krankengeldes täglich _____ EUR bei _____

Besteht/Bestand eine weitere private Krankentagegeldversicherung? ja nein Tagessatz _____ EUR
von _____ bis _____ (Genauere Datumsangabe erforderlich)
bei _____

K. Gesundheitsfragen zur Betriebsausfallversicherung und Krankentagegeldversicherung

K1. Gesundheitsfragen bei Beantragung von Versicherungsschutz für Krankheit, Unfall, Quarantäne

Sofern der Ausschluss des Schadenereignisses „Krankheit“ gewählt wurde, sind nur die Gesundheitsfragen unter Punkt K2 zu beantworten.

Wichtiger Hinweis: Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!

Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigelegt ist.

1. Befindet sich die zu versichernde Person in Heilbehandlung oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?	ja	nein
2. Bestehen Fehler körperlicher oder geistiger Art, wiederkehrende Beschwerden oder chronische Leiden, Fehlbildungen, Invalidität oder Wehrdienstbeschädigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wird Rente (außer Altersrente) bezogen? Wenn ja, Art und Grund der Rente. Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Militärkrankenhaus, Sanatorium oder einer Heilstätte/Kuranstalt statt oder wurden sie angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel eingenommen? (Bitte Name, Dosis, Diagnose und behandelnden Arzt angeben.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten, Zahnärzten oder sonstigen Therapeuten statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind von (einschließlich der im Antrag angezeigten) Krankheiten, Operationen, Unfällen Folgen zurückgeblieben oder stehen Nachbehandlungen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. besteht eine Fertilitätsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht eine Fehlsichtigkeit ab +/- 10,0 Dioptrien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Körpergröße	cm	<input type="text"/>
Körpergewicht	kg	<input type="text"/>
12. Wurden Anträge abgelehnt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt, oder ist über den Antrag noch nicht endgültig entschieden worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei welchem Versicherer?	<input type="text"/>	
Welche Vers.-Nr., welche Pers.-Nr.?	<input type="text"/>	

Name und Anschrift des Hausarztes

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem besonderen Blatt (mit Unterschrift) als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Wenn Sie als Antragsteller oder wenn die zu versicherte Person gewisse Angaben hier nicht machen möchte, holen Sie das bitte innerhalb von 7 Tagen in Textform nach – bitte an INTER Versicherungsgruppe, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

Erläuterungen zu unter 1 bis 12 mit „ja“ beantworteten Fragen:

zu Frage	Behandlungs-Zeit/Dauer/Monat/Jahr Arbeitsunfähigkeit von/bis	Bezeichnung der Krankheit, Untersuchung oder verbliebenen (auch Unfall) Folgen, Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sofern der Raum nicht ausreicht, tragen Sie bitte weitere Ergänzungen auf einem Beiblatt, welches Sie unterschreiben, ein und verweisen auf diese Anlage.

Beiblatt beigelegt ja

K2. Gesundheitsfragen bei Beantragung von Versicherungsschutz für Unfall, Quarantäne

Wichtiger Hinweis: Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!

Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigelegt ist.

1. Besteht bei der zu versichernden Person mindestens Pflegegrad 3 oder wurde bei ihr in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Suchterkrankung (Behandlung wegen Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch), Herzinfarkt, Schlaganfall, Arterielle Verschlusskrankheit, Erkrankung mit Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente (z.B. Marcumar oder Falithron); Bluterkrankheit, Hirnblutung, Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Glasknochenkrankheit, Osteoporose, Offener Rücken (Spina Bifida), Arthrose, Arthritis, Wirbelgleiten (Spondylolyse), Morbus Bechterew, Krebs, Diabetes, Sehbehinderung von -8 Dioptrien oder mehr?	ja	nein
2. Hatte die zu versichernde Person innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als ein Unfallereignis, bei dem sie entweder stationär im Krankenhaus behandelt oder ambulant operiert wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Weitere Versicherungen und Risikovorfragen

L1. Weitere Versicherungen

	ja	nein	Karenztage	EUR/Tag	von/seit (Genaue Datumsangabe erforderlich)	bis	Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen	Wenn gekündigt, von wem? VN* VU**	
Krankentagegeldversicherung/en?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspruch auf Krankengeld in GKV****?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L2. Risikovorfragen

Wurden Risikovorfragen gehalten? ja nein Wie lautet/n die Nummer/n der Risikovorfrage/n? P

* Versicherungsnehmer ** Versicherungsunternehmen *** Gesetzliche Krankenversicherung

Die abzuschließenden Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherungsunternehmen. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Seiten 9 bis 11 „Wichtige Erklärungen und Hinweise“, insbesondere die „Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)“. Die Unterschrift des Antragstellers ggf. des gesetzlichen Vertreters gelten für alle beantragten Versicherungen. Unrichtige Beantwortung vorstehender Fragen nach Gefahrenumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrenumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Eine Durchsicht dieses Antrages wird Ihnen nach Unterschrift sofort ausgehändigt. Bestandteile des Antrages sind auch die Seiten 9 bis 11.

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für folgende Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe:

- INTER Krankenversicherung AG (INTER KV AG)
- INTER Lebensversicherung AG (INTER LV AG)
- INTER Allgemeine Versicherung AG (INTER Allgemeine AG)

Die genannten Unternehmen werden im folgenden Text zusammengefasst „INTER“ genannt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die INTER Krankenversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Kranken-, bzw. Lebens- bzw. Unfallversicherung benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, 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. Ärzte, Krankenhäuser und Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

– durch die INTER selbst (unter 1.),

– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),

– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (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 eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die INTER

Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und 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

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht (gilt nur für die INTER KV AG sowie die INTER LV AG)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die INTER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die INTER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die INTER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes (gilt nur für die INTER KV AG sowie die INTER LV AG)

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 Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der INTER

Die INTER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (gilt nur für die INTER KV AG sowie die INTER LV AG)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die INTER 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 INTER 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 INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die INTER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel 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 einer anderen Gesellschaft der INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.inter.de eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: datschutzbeauftragter@inter.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

¹ Für die Sparten Kranken- und Lebensversicherung wurde der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) (gilt nur für die INTER LV AG)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die INTER an das HIS melden. Die INTER und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die INTER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen 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 INTER im Rahmen der Risikoprüfung erhobene Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die INTER zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4). Die INTER speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der INTER und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die INTER 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.

M. Kollektiv(rahmen)vertrag

Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk _____ bei.

Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltspflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist. Er bestätigt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrag erfüllt sind.

Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Allgemeine Versicherung AG entgegenzunehmen.

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Versorgungswerks wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Erhebung des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.

Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

N. Sonstige Bemerkungen

Hinweis auf Ihr Widerrufsrecht zu Ihrer Betriebsausfall- und Krankentagegeldversicherung

Sie können Ihre jeweilige Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Einzelheiten zur Ausübung des Widerrufsrechts sowie die Folgen des Widerrufs sind

- zu Ihrer Betriebsausfallversicherung in der „Widerrufsbelehrung für die Betriebsausfallversicherung“ und
- zu Ihrer Krankentagegeldversicherung in der „Widerrufsbelehrung für die Krankentagegeldversicherung“

enthalten.

Bei der Betriebsausfall- und der Krankentagegeldversicherung handelt es sich um rechtlich selbstständige Verträge. Sie können Ihre jeweilige Vertragserklärung getrennt widerrufen.

Der Widerruf Ihrer Vertragserklärung zur Betriebsausfallversicherung hat keine Folgen für die Krankentagegeldversicherung, und der Widerruf Ihrer Vertragserklärung zur Krankentagegeldversicherung hat keine Folgen für die Betriebsausfallversicherung.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Durch meine Unterschrift gebe ich die vorgenannten Vertragserklärungen ab.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden.

Das 11-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht. Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.

<hr/> Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)	<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer = zu versichernde Person)
<hr/> Eigene IHK Registrierungsnummer		Bitte unterschreiben Sie auf der folgenden Seite noch die Empfangsbestätigung.
<hr/> Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers (zwingend erforderlich)		

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich

- eine Kopie des Antragsformulars (umfasst 11 Seiten – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“)
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung
- die „Informationen gem. § 1 VVG-InfoV“ für alle Versicherungsweige
- die Widerrufsbelehrung für die Betriebsausfallversicherung
- die Besonderen Tarifbedingungen und Risikobeschreibungen für die Betriebsausfallversicherung (BAV 2022), Druckstück-Nr.: AVB BAV 2022 Form 01/22 Stand: 01.08.2022
- Besondere Vereinbarung Betriebsausfallversicherung Exklusiv (BV BAV Exklusiv), Druckstück-Nr.: BV BAV Exklusiv Form 01/22 Stand: 01.08.2022 oder
- Besondere Vereinbarung Betriebsausfallversicherung Premium (BV BAV Premium), Druckstück-Nr.: BV BAV Premium Form 01/22 Stand: 01.08.2022 (wie beantragt)

und sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird des Weiteren

- die Widerrufsbelehrung für die Krankentagegeldversicherung
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I und II für die beantragten Krankentagegeldtarife
- das Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- das Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV) zur Krankentagegeldversicherung
- die „Informationen gem. § 1 VVG-InfoV“ für die Krankentagegeldversicherung

erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)



1089700

Wichtige Erklärungen und Hinweise

A: Allgemeine Hinweise und Verbraucherinformationen

- Für die Versicherungen gelten die Allgemeinen Bedingungen für die beantragten Tarife/Zusatztarife und das Recht der Bundesrepublik Deutschland.**
- Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108 · 53117 Bonn.
Die INTER Allgemeine ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssen die Beschwerde innerhalb von acht Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080 632, 10006 Berlin
Tel.: 01804 224424, Fax: 01804 224425
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Der zuständige Ombudsmann für den Bereich der Krankenversicherung und Pflegeversicherung ist der PKV-Ombudsmann, Kronenstraße 13, 10117 Berlin.
- Nebenabreden mit dem Vermittler sind ungültig. Der Vermittler ist nicht berechtigt, über die Bedeutung oder Erheblichkeit der in diesem Antrag gestellten Fragen verbindliche Erklärungen namens des Versicherers abzugeben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter, z. B. der Vermittler, den Antrag niederschreibt.
- Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben. Die Vermittler der INTER Versicherungsgruppe sind nicht berechtigt, Prämien/Beiträge zu kassieren.
- Vertragsrechtliche Bestimmungen
Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, nach den bei den einzelnen Sparten aufgeführten Allgemeinen Versicherungsbestimmungen und Klauseln sowie nach den gesetzlichen Bestimmungen. Es gelten die bei Vertragsabschluss gültigen Tarifbestimmungen des Versicherers.
- Vertragsgrundlagen
– Besonderen Tarifbedingungen und Risikobeschreibungen für die Betriebsausfallversicherung (BAV 2022), Druckstück-Nr.: AVB BAV 2022 Form 01/22 Stand: 01.08.2022.
– Besondere Vereinbarung Betriebsausfallversicherung Exklusiv (BV BAV Exklusiv), Druckstück-Nr.: BV BAV Exklusiv Form 01/22 Stand: 01.08.2022 oder
– Besondere Vereinbarung Betriebsausfallversicherung Premium (BV BAV Premium), Druckstück-Nr.: BV BAV Premium Form 01/22 Stand: 01.08.2022 (wie beantragt).
- Vertragsstatus
Die aufgrund dieses Antrages abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbstständige und voneinander unabhängige Verträge.
- Ihre Angaben und Erklärungen sind die Grundlage unserer Antragsprüfung. Dabei können wir nur die schriftlichen und damit nachweisbaren Angaben zu Grunde legen. Achten Sie daher bitte in Ihrem eigenen Interesse darauf, dass die schriftlichen Erklärungen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) den Antrag ausfüllt. **Bitte prüfen Sie deshalb die schriftlichen Angaben, die von Ihnen oder dem Vermittler für Sie geschrieben wurden, sowohl in diesem Antrag als eventuell auch in anderen Schriftstücken auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**

- Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)
Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. – GDV – zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.
Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der INTER Versicherungen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.
Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

10. Vorläufige Deckung

- Beginn
Der Vertrag über die vorläufige Deckung wird mit entsprechender schriftlicher Erklärung des Versicherers oder einer hierzu bevollmächtigten Person ab dem vereinbarten Zeitpunkt wirksam.
- Inhalt
Der Vertrag über die vorläufige Deckung richtet sich nach den Vertragsunterlagen der INTER Allgemeine Versicherung AG, die dem endgültigen Versicherungsvertrag zugrunde liegen sollen. Der Versicherungsnehmer erhält die für die vorläufige Deckung geltenden Versicherungsbedingungen und die Information für Versicherungsnehmer zusammen mit dem Versicherungsschein.
- Ende
Der Vertrag über die vorläufige Deckung endet mit dem Beginn des endgültigen Versicherungsschutzes. Kommt der endgültige Versicherungsvertrag nicht zustande, weil der Versicherungsnehmer seinen Antrag nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes widerruft oder einen Widerspruch nach § 5 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes erklärt, endet die vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs oder des Widerspruchs beim Versicherer. Der Versicherer und der Versicherungsnehmer können den Vertrag über die vorläufige Deckung jederzeit kündigen. Kündigung der Versicherer, wird die Kündigung erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- Wegfall des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz aus einer vorläufigen Deckung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer die Prämie für die vorläufige Deckung oder, falls eine gesonderte Prämie für die vorläufige Deckung nicht erhoben wird, die Prämie für den endgültigen Versicherungsvertrag nicht rechtzeitig gezahlt hat, und er dies zu vertreten hat.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Zugang der Deckungszusage und der Zahlungsaufforderung erfolgt.

e) Prämie

Sofern in diesem Vertrag nichts anderes vorgesehen ist, steht dem Versicherer als Prämie für die vorläufige Deckung ein der Laufzeit der vorläufigen Deckung entsprechender Teil der Prämie zu, der beim Zustandekommen des endgültigen Versicherungsvertrages für diesen zu zahlen wäre.

11. Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

12. Sondertarif für Mitglieder im Versorgungswerk

Mitglieder in Versorgungswerken, die einen Kollektivrahmenvertrag mit der INTER Versicherungsgruppe haben, erhalten in der Betriebsausfallversicherung einen Prämiennachlass von 10 %. Die Berechtigung für den Nachlass durch Mitgliedschaft in einem der vorgenannten Versorgungswerke ist vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.
Der Nachlass entfällt bei Beendigung der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ab der auf den Austritt folgenden Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages.

B: Erläuterungen

Praxisgemeinschaft (Ärzte)

Eine Praxisgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen.

Wesensmerkmal ist es, dass jeder einzelne Arzt seine eigene Klientel hat und seine eigene Kartei führt. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung rechnet er für sich alleine ab. Typisches Beispiel für eine Praxisgemeinschaft ist das so genannte Ärztehaus.

Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis (Ärzte)

Eine Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ist ein Zusammenschluss von Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen zur gemeinsamen Ausübung des Berufes:

Mehrere Ärzte behandeln in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung und medizintechnischer Ausrüstung eine gemeinsame Klientel mit gemeinsamer Kartei und mit gemeinsamen Angestellten. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung besteht ein gemeinsamer einheitlicher Abrechnungsträger.

Medizinisches Versorgungszentrum (Ärzte)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist ein Zusammenschluss von Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen zur gemeinsamen Ausübung des Berufes: Mehrere Ärzte behandeln in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung und medizintechnischer Ausrüstung eine gemeinsame Klientel mit gemeinsamer Kartei und mit gemeinsamen Angestellten. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung besteht ein gemeinsamer einheitlicher Abrechnungsträger. Der Patient gibt nur einen Krankenschein ab.

Praxis- oder Bürogemeinschaft (Freiberufler)

Eine Praxis- oder Bürogemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Personen einer Berufsgruppe in gemeinsamen Praxis- oder Büroräumen. Die Personen dieser Praxis- oder Bürogemeinschaft benutzen gemeinsam die Praxis- oder Büroräume und gegebenenfalls das Personal der Praxis/des Büros zu ihrer eigenen Berufsausübung.

Wesensmerkmal ist, dass jede Person einer Praxis- oder Bürogemeinschaft seine eigene Klientel hat und eigenständig gegenüber dem Kunden/Auftraggeber abrechnet.

Gemeinschaftspraxis, Kanzlei/Sozietät, sonstige Gesellschaft bürgerlichen Rechts (Freiberufler)

Eine Gemeinschaftspraxis, Kanzlei/Sozietät, sonstige Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist ein Zusammenschluss von Personen einer Berufsgruppe in gemeinsamen Praxis- oder Büroräumen. Die Personen dieser Gemeinschaftspraxis, Kanzlei/Sozietät, sonstigen Gesellschaft bürgerlichen Rechts benutzen gemeinsam die Praxis- oder Büroräume und gegebenenfalls das Personal der Praxis/des Büros zu ihrer gemeinsamen Berufsausübung.

Wesensmerkmal ist, dass die Gemeinschaftspraxis, Kanzlei/Sozietät, sonstige Gesellschaft bürgerlichen Rechts neben der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen auch eine gemeinsame Klientel hat und gemeinsam gegenüber dem Kunden/Auftraggeber abrechnet.

C: Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO)

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten*, Lebenspartner*, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister**,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Verwandte und Verschwägte gerader Linie*/**,
6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister*/**,
7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner*/**,
8. Kinder der Geschwister**,
9. Geschwister der Eltern**,
10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder)**.

* auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

** auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist

*** auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

D: Definition des durchschnittlichen Nettoeinkommens

Selbständige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte oder Honorarärzte nach Tarif KTMN:

Als Nettoeinkommen gilt 80 % der Einnahmen (Umsatzerlöse) aus selbständiger Tätigkeit. Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wird hierbei nur der auf die versicherte Person entfallende Anteil der Praxiseinnahmen berücksichtigt.

Selbständige andere Berufe nach Tarif KTS:

Bei selbständig Tätigen gilt als Nettoeinkommen 80 % des Gewinns vor Steuern. Der Gewinn errechnet sich als Differenz aus den Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben im Sinne des § 4 Absatz 3 EStG.

Freiberufler nach Tarif TFN:

Das Nettoeinkommen errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen (Gewinn) aus der selbständigen freiberuflichen Tätigkeit nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG bzw. der selbständigen beruflichen Tätigkeit als Apotheker abzüglich Steuern.

Für Bestandsänderungen in den Tarifen TSN(U), TMN(U) gelten die Definitionen der jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.

Berechnung des versicherbaren Krankentagegeldes

Durchschnittliches Nettoeinkommen (gemäß obiger Definition) abzüglich sonstiger Krankentagegelder und Entgeltersatzleistungen der Sozialversicherungsträger (z. B. dem Nettokrallengeld der gesetzlichen Krankenversicherung).

Länderschlüssel zur Beihilfe

- 01 = Bund
- 11 = Baden-Württemberg
- 12 = Bayern
- 13 = Berlin
- 14 = Brandenburg
- 15 = Bremen
- 16 = Hamburg
- 17 = Hessen
- 18 = Mecklenburg-Vorpommern
- 19 = Niedersachsen
- 20 = NRW
- 21 = Rheinland-Pfalz
- 22 = Saarland
- 23 = Sachsen
- 24 = Sachsen-Anhalt
- 25 = Schleswig-Holstein
- 26 = Thüringen
- 98 = freie Heilfürsorge

Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- **INTER Versicherungsverein aG**
- **INTER Krankenversicherung AG**
- **INTER Lebensversicherung AG**
- **INTER Allgemeine Versicherung AG**

Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- die **Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG**

Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie und die Risikoprüfung zur Betriebs- und Praxisausfallversicherung.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

Stelle:	übertragene Aufgabe:
1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. Eufoma AG Hülchrather Straße 35 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsmann-Ibing-Straße 10 44805 Bochum	Durchführung von medizinischen Begutachtungen

5. infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99 76532 Baden-Baden	Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
6. MD Medicus AssistanceService GmbH Industriestraße 2a 67063 Ludwigshafen	Assistance-Leistungen
7. MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74a 50968 Köln	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
8. Rhenus Data Office GmbH Industriestraße 5 48301 Nottuln	Aktenvernichtung
9. ViaMED GmbH Motorstraße 52 70499 Stuttgart	medizinische Dienstleistungen

III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

Kategorien:

Kategorien:	übertragene Aufgabe:
1. Assistance-Dienstleister	Erbringung von Assistance-Leistungen
2. Auskunfteien	Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
3. Hilfsmittelanbieter	Versorgung mit Hilfsmitteln
4. Inkasso-Unternehmen	Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
5. IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen
6. Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten
7. Medizinische Dienstleister	Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.inter.de einsehbar.

Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19-22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Prämienzuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Prämienanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) 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. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

4. 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, der Arglistanfechtung 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.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19-22

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

Widerrufsbelehrung für die Betriebsausfallversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

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,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: INTER Allgemeine Versicherung AG, Erzberger Str. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 16, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, per E-Mail an die E-Mail-Adresse: Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

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 der im Versicherungsantrag ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Prämie erhalten Sie den Anteil zurückerstattet, der für die Gewährung von Versicherungsschutz nach Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns gezahlt wurde. Der Versicherer hat zurückzuzahlende 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung für die Krankentagegeldversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

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 in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

INTER Krankenversicherung AG
Erzbergerstr. 9-15
68165 Mannheim
(oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim),
Faxnummer 0621 427-944,
E-Mail-Adresse Widerruf@inter.de

Widerrufsfolgen

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 der im Versicherungsantrag ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Prämie erhalten Sie den Anteil zurückerstattet, der für die Gewährung von Versicherungsschutz nach Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns gezahlt wurde. Der Versicherer hat zurückzuzahlende 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.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung