

Zahnversicherung Aktuell 



Bitte Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

RH-Finanzservice
Rolf Herchenbach
Breslauer Str. 56 C

76139 Karlsruhe

Antragsfax: 0721/680 62 63

- oder -

per Mail an: info@zahnversicherung-aktuell.de



die Bayerische

Antrag

Die Bayerische

VIP dental

Plus

Außenstelle	Antragsnummer 1. AV-Nr. 090814	Anteil % 1. AV-Nr.	2. AV-Nr.	BEST-V	VE-Kz	Versicherungsschein-Nr. 7
-------------	--	-----------------------	-----------	--------	-------	-------------------------------------

Registrierungsnummer 1	Registrierungsnummer 2	Angebots-Nr.
------------------------	------------------------	--------------

Vermittler-Nr. BKK Mobil Oil	Ich habe keine Vermittlernummer bei der BKK Mobil Oil, bitte kontaktieren Sie mich telefonisch.	Telefon Vermittler
---------------------------------	---	--------------------

Antrag auf Tarif V.I.P. dental Plus **Neuantrag mit Beginn** | 0,1

und Anfrage zum Wechsel in die BKK Mobil Oil
Bitte übermitteln Sie eine Antragskopie an die BKK Mobil Oil, damit diese mir schriftlich oder telefonisch ein Wechselangebot macht.

Antragsteller/Versicherungsnehmer		Bitte eine Telefonnummer für den Welcome-Call der BKK Mobil Oil angeben.	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Telefon privat	
Name/Vorname/Titel/Firmenname		Telefon mobil	
Straße/Hausnummer		E-Mail Adresse*	
PLZ	Wohnort		
Zu versichernde Person (falls nicht identisch mit Versicherungsnehmer)		Nachname	Geburtsdatum
		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

* freiwillige Angabe

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Bayerische Beamten Versicherung AG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bayerische Beamten Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

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.

Kreditinstitut	BIC	VN <input type="checkbox"/> oder	Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht Antragsteller ist:
IBAN			
Datum und Unterschrift des Kontoinhabers (zwingend erforderlich)			

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE16ZZZ0000106478. Als Mandatsreferenznummer verwenden wir Ihre Versicherungsscheinnummer.

Versicherungsschutz Tarif V.I.P. dental Plus **Monatsbeitrag ohne Abzug** der Aktiv-Prämie der BKK Mobil Oil **EUR**

Voraussetzung:

- Bestehender Versicherungsschutz in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder in der freien Heilfürsorge
- Bestehender Versicherungsschutz in einer **privaten Zahn-Zusatzversicherung (mind. 3 Jahre):**

Versicherungsgesellschaft und genaue Tarifbezeichnung: _____

Versicherungsscheinnummer _____ seit: _____ gekündigt zum: _____

Gesundheitsfragen zur versicherten Person	JA NEIN	Informationen und Hinweise zu den Gesundheitsfragen
Fehlen Ihnen Zähne? Fehlen bei Ihnen mehr als 3 Zähne, die nicht ersetzt sind? Fehlende Weisheitszähne, Milchzähne und Lückenschluss sind nicht anzugeben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fehlende Zähne = Zähne, die nicht ersetzt wurden und bei denen derzeit eine Zahnücke vorhanden ist.
Besteht bei Ihnen Zahnersatz? Haben Sie eine Voll- oder Teilprothese? Haben Sie mehr als 6 ersetzte Zähne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnersatz = Überbegriff für Voll- und Teilprothesen, Implantate, Kronen, Brücken. - Voll- oder Teilprothese = herausnehmbarer Zahnersatz - Ersetzte Zähne = Kronen, Implantate sowie Brücken (= ersetzte/r Zahn/Zähne + Krone/n als Stütz- oder Ankerpfeiler)
Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose/Parodontitis) festgestellt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnhalteapparat = funktionelles Verankerungssystem der Zähne, (= Zahnfleisch, Zahnzement, Zahnfach und/oder Wurzelhaut) Parodontose = Degenerativer Knochenabbau Parodontitis = Entzündung des Zahnhalteapparates
Wurde in den letzten 3 Jahren eine Erkrankung des Kiefers festgestellt, deren Behandlung (z. B. Kieferregulierung) nicht abgeschlossen wurde?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kiefers = z. B. Kieferfehlstellung/entwicklungsbedingte Erkrankung des Kiefers
Werden bei Ihnen aktuell zahnärztliche Behandlungen (z. B. Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung) oder Zahnersatzmaßnahmen (Kronen, Brücken, Implantate, Voll-, Teilprothese) durchgeführt oder sind solche Maßnahme geplant bzw. angeraten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Mitteilung nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht.
Wird eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet, kann der Antrag leider nicht angenommen werden.		

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Bayerische Beamten Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen, das eine Krankenversicherung anbietet, benötigen wir 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. unsere IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Bayerische Beamten Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung XY (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 Bayerische Beamten Versicherung AG

- Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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 unser Unternehmen 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer

tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die Bayerische Beamten Versicherung AG 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 Bayerische Beamten Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Bayerische Beamten Versicherung AG 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 Bayerische Beamten Versicherung AG 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

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 Bayerische Beamten Versicherung AG 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. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten 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 Bayerische Beamten Versicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

- Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG 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 Bayerische Beamten Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Bayerische Beamten Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Gesellschaften der Bayerischen oder einer anderen Stelle.

Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtenbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.diebayerische.de) eingesehen oder bei Herrn Anton Hirsch, Datenschutzbeauftragter, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München, Tel.: 089/ 67 87 32 70, anton.hirsch@diebayerische.de angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Bayerischen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

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

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

Einwilligungserklärung zur Bonitätsprüfung

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinheit einholt.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs.1 u. 2 des Versicherungstragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Bayerische Beamten Versicherung AG, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Beitrag, aus der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 der oben genannten Monatsprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, 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 von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Maklermandat Zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Makler wurde vereinbart:

Möglichkeit I:

Das Abschluss-, das Vertragsänderungs- und Kündigungsrecht wurde an den Makler übertragen. Der Versicherungsschein und alle weiteren Dokumente werden im Original an den Versicherungsnehmer und in Kopie an den Makler versandt.

Möglichkeit II:

Das Abschluss-, das Vertragsänderungs- und Kündigungsrecht wurde an den Makler übertragen. Der Versicherungsschein und alle weiteren Dokumente werden ausschließlich an den Makler versandt, der über eine entsprechende Empfangsvollmacht verfügt.

Besondere Vereinbarungen (mündliche Vereinbarungen gelten nicht)

Wie zuvor angekreuzt, möchte ich zur BKK Mobil Oil wechseln. Bitte übermitteln Sie eine Kopie dieses Antrags an die BKK Mobil Oil, damit diese mir schriftlich oder telefonisch ein Wechselangebot macht.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (bei Minderjährigen)

Schlussklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass ich die Antragsfragen richtig und vollständig beantwortet habe. Ich weiß, dass ich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben meinen Versicherungsschutz gefährde, da der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen kann.

Die Erklärungen und Hinweise habe ich gelesen. Sie enthalten u. a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sie Inhalt dieses Antrags/ des Vertrages sind. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn nicht identisch mit Antragsteller

Unterschrift des Vermittlers

Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz – Empfangsbestätigung über die Ihnen ausgehändigten Unterlagen

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Informationspaket bestehend aus dem Produktinformationsblatt, dem Angebot sowie den Informationen zum Versicherungsangebot, einschließlich der dort genannten Versicherungsbedingungen vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten. Es bestand ausreichend Zeit, von den Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß § 19 Absatz 5 VVG

Die gesonderte Mitteilung gemäß § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht wurde mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung ausgehändigt.

Beratungsprotokoll

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen