

# Private Krankenversicherung

## Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: uniVersa Krankenversicherung a. G.  
Deutschland

Produkt: Tarif uni-dent|Komfort und  
Tarif uni-dent|Privat

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. **Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind und somit kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann.** Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus MB/KK 2009 (Teil I), TB/KK (Teil II) und den Tarifen (Teil III), sowie dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein sowie gegebenenfalls weiteren Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



#### Was ist versichert?

Im vertraglichen Umfang werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen erstattet.

#### Tarif uni-dent|Komfort:

- ✓ Verdoppelung des von der GKV gezahlten Festzuschusses für Zahnersatzmaßnahmen (Kronen, Prothesen, Brücken und implantatgetragener Zahnersatz).
- ✓ Kostenerstattung für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe sowie plastische Zahnfüllungen.

#### Tarif uni-dent|Privat:

- ✓ Kostenerstattung für Zahnersatz (Kronen, Prothesen, Brücken, orale Implantate, implantatgetragener Zahnersatz, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Knirscherschienen).
- ✓ allgemeine Zahnbehandlungsmaßnahmen.
- ✓ Einlagefüllungen (Inlays und Onlays).
- ✓ funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Zahn- und Kieferregulierung.
- ✓ professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe.
- ✓ Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern.



#### Was ist nicht versichert

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder.
- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Behandlung durch Zahnärzte deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Versicherungsschutz kann nicht in jedem Fall gewährt werden, weil sonst die Beiträge unangemessen hoch wären.
- ! Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.
  - ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welcher Tarif vereinbart ist. Je nach versichertem Tarif gelten Leistungshöchstsätze sowie ggf. Erstattungshöchstsätze.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bitte beachten Sie die weiteren Regelungen in § 1 (4) MB/KK 2009 und TB/KK.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen des Versicherers ist jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Jede versicherte Person hat für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Der Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung bei einem weiteren Versicherer ist unverzüglich anzuzeigen.



## Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in monatlichen Beitragsraten bezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt fällig. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Die Dauer der Beitragszahlung ist vom Bestehen des Vertrages abhängig. Mit dem Vertragsende endet die Beitragszahlungspflicht.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich zu dem beantragten Datum (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten, und wenn die Zahlung der Erstprämie rechtzeitig erfolgt ist. Wird die Erstprämie nicht bezahlt, besteht kein Versicherungsschutz. Mit der Vertragsbeendigung endet auch der Versicherungsschutz.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vorgenannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

## Verbraucherinformation

### Die Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 540). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).

### Unsere ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der uniVersa Krankenversicherung a.G. lautet wie folgt:

uniVersa Krankenversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Michael Baulig und Werner Gremmelmaier, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

### Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit liegt in der Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiken.

### Sicherungsfonds in der privaten Krankenversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherheitsfall würde die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds zu Ihrem Schutz an.

### Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Ihr Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.



## uni-dent|Komfort

## uni-dent|Privat

### ... der günstige Weg, um Ihre Eigenbeteiligung bei Zahnersatz spürbar zu reduzieren.

- ✓ Für **professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe** stehen Ihnen zusätzlich bis zu 75 EUR pro Kalenderjahr zur Verfügung.
- ✓ Keine Eigenbeteiligung bei einfacher und funktionaler Regelversorgung – zusammen mit Ihrer Kasse übernehmen wir 100% der entstehenden Kosten.
- ✓ Verdoppelung des Kassenzuschusses für **plastische Zahnfüllungen**, zusammen mit der Erstattung für **professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe** bis zu insgesamt 75 EUR pro Kalenderjahr.
- ✓ Bei **hochwertigem Zahnersatz**, wie z. B. aufwendigen Brücken, besten Materialien bei Kronen oder sogar implantatgetragenen Zahnersatz, verdoppeln wir den Festzuschuss Ihrer Kasse – auch wenn Sie aufgrund guter Zahnpflege den Maximal-Zuschuss von 75% bekommen. Zusammen mit Ihrer Kasse erhalten Sie damit bis zu 100% der entstehenden Kosten.
- ✓ Unkomplizierte **Antragstellung ohne Gesundheitsprüfung**.

### ... macht Sie bei Ihrem Zahnarzt zum Privatpatient.

- ✓ Für **professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe** stehen Ihnen zusätzlich bis zu 75 EUR pro Kalenderjahr zur Verfügung. **Extra-Leistung:** Einmalige Erhöhungsmöglichkeit um weitere 75 EUR im ersten Versicherungsjahr durch Vorlage eines vom Zahnarzt ausgestellten aktuellen Zahnstatus.
- ✓ Behandlung durch Zahnärzte mit Kassenzulassung als auch reine Privat Zahnärzte.
- ✓ Zusammen mit Ihrer Kasse erstatten wir 80% der entstehenden Kosten, z. B. für ...
  - ... hochwertige Füllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. **Inlays/Onlays**)
  - ... allgemeine **Zahnbehandlungsmaßnahmen** (z. B. Wurzel- und Parodontosebehandlungen)
  - ... **privatzahnärztliche Vergütungen**
  - ... **hochwertigen Zahnersatz**, wie z. B. Kronen, Brücken, Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz inkl. erforderlichem Knochenaufbau
  - ... funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- ✓ **Erhöhung der Erstattung von 80% auf bis zu 90% bei regelmäßiger Vorsorge.**
- ✓ Moderne Behandlungsformen (wie z. B. CEREC-Verfahren, Icon, DROS-Schienen, PerioChip-Methode).
- ✓ Erstattung von 80% für **Zahn- und Kieferregulierung**, bis zu 600 EUR je Kiefer bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr, wenn die Kasse aufgrund des Kiefer-Indikations-Gruppen-Systems (KIG 1-5) ...
  - ... gar nicht leistet (KIG-Stufen 1+2) oder
  - ... für private Mehrkosten (KIG-Stufen 3-5), z. B. Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets.
- ✓ Unkomplizierte **Antragstellung ohne Gesundheitsprüfung**.



BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Ext. Antragsnummer	eAntragsnummer	Kundennummer
--------	-----------	---------------	--------------------	----------------	--------------



## Zahnezusatzversicherung

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsbeginn: 01. \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Ich beantrage den Abschluss einer Zahnezusatzversicherung für nachstehend aufgeführte Personen. Von den umseitig aufgeführten Einwilligungen und Erklärungen sowie den beiliegenden Vertragsinformationen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich Kenntnis genommen. Dem Versicherungsvertrag liegen die für die jeweils abgeschlossenen Tarife geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers zugrunde.

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Zuname	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
		Wohnort	

### Zu versichernde Person(en)

Person 1			Person 2				
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Zuname	Vorname	Geburtsdatum

## Bitte wählen Sie Ihren Versicherungsschutz:

Hinweis: **uni-dent|Komfort** und **uni-dent|Privat** sind für eine Person nicht kombinierbar

Die nachfolgenden Beiträge gelten für Versicherungsbeginn ab 01.10.2020 bis 01.12.2021.

Eintrittsalter <sup>1</sup>	monatliche Beiträge in EUR	<b>uni-dent Komfort</b>
bis 15	5,37	<p>Ich beantrage den Abschluss einer Zahnezusatzversicherung nach Tarif <b>uni-dent Komfort</b> für</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person 1</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person 2</b></p>
16-20	6,20	
21-25	7,56	
26-30	8,50	
31-35	9,53	
36-40	10,83	
41-45	11,95	
46-50	12,61	
51-55	13,73	
56-60 <sup>2</sup>	15,22	

Wir bieten Versicherungsschutz für alle Zähne. Hier-von ausgenommen sind bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie vor Vertragsabschluss begonnene oder angetratene Behandlungen.

Ab dem 5. Kalenderjahr so-wie bei Unfällen entfällt die Summenbegrenzung.

## uni-dent|Privat

Ich beantrage den Abschluss einer Zahnezusatzversicherung nach Tarif **uni-dent|Privat** für

- Person 1**
- Person 2**

Eintrittsalter <sup>1</sup>	monatliche Beiträge in EUR
bis 15	14,14
16-20	16,24
21-25	12,92
26-30	15,68
31-35	18,23
36-40	21,38
41-45	24,72
46-50	27,67
51-55	30,82
56-60 <sup>2</sup>	34,75

<sup>2</sup> Beiträge für Altersgruppen ab 61 finden Sie auf Seite 6 der Verbraucherinformation

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.*

### Empfangsvollmacht der zu versichernden Person für das elektronische Antragsverfahren

Wird eine Einwilligung im elektronischen Antragsverfahren eingeholt, wird der Erklärungsinhalt dem Betroffenen im Nachgang in Textform bestätigt. Die Bestätigung erfolgt – falls die zu versichernde Person nicht gleichzeitig Antragsteller/ Versicherungsnehmer ist (im Folgenden „Antragsteller“) – auch für die zu versichernde Person durch die Übermittlung des Erklärungsinhalts an den Antragsteller. Eine gesonderte Bestätigung an die zu versichernde Person erfolgt nicht.

*Die zu versichernde Person erteilt dem Antragsteller Empfangsvollmacht betreffend den Erklärungsinhalt ihrer im elektronischen Verfahren abgegebenen Einwilligungen.*

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des VVG, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G.

Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzdienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der nachfolgend genannten Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
  - im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
  - bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Krankenversicherung a.G. (unter 3.).
- Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.*

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir werden die erforderlichen Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

#### 2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen.

*Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. wie folgt ein:*

*Ich/wir - Pers.Nr. \_\_\_\_\_ willige/n ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. – soweit es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personensorvernern, 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 die uniVersa Krankenversicherung a.G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.*

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

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

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie auf Seite 35 dieses Prospektantrages. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.uni-versa.de/datenschutz](http://www.uni-versa.de/datenschutz) eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon +49 911 5307-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Einwilligung.

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

#### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Antrag ohne Gesundheitsprüfung

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

Die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Antragseinreichung über Vertriebsgesellschaften/Maklerpools

Vertriebsgesellschaften und Maklerpools können einen Versicherungsvermittler u.a. bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung von Versicherungsverträgen (z. B. Erstellung von Courtageabrechnungen) unterstützen.

Zur Begründung (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge etc.), Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages benötigt auch die/der vom Vermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft/Maklerpool von der uniVersa Krankenversicherung a.G. Informationen zu vorgenannten Zwecken.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. der/dem vom Versicherungsvermittler beauftragten Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermittelt.

Gleichmaßen bin ich einverstanden, dass der Versicherungsvermittler die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist, an die bzw. den vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder beauftragten Maklerpool weitergibt.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

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 und 2 des VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ende der Widerrufsbelehrung

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

Datennutzung und -verarbeitung für Werbezwecke

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung per Post für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der uniVersa Lebensversicherung a.G. und der uniVersa Allgemeine Versicherung AG sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland

Hinweis: Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug berechtigt.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZ00000102598

Mandatsreferenznummer: Wird separat bekannt gegeben

SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird.

Abbuchung zum:  1. des Monats  15. des Monats

Name Kontoinhaber (Zu- und Vorname, Firmenname)

Adresse Kontoinhaber (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort/Firmensitz)

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN
D E

Ort und Datum

Unterschriften Kontoinhaber (Zu- u. Vorname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

Wichtige Hinweise

Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 32 die Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten, sowie auf Seite 35 die Dienstleister- und Empfängerliste.

Unterschrift(en) zur Antragstellung

Ort Datum

Unterschrift Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

Stempel/Unterschrift Vermittler

uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Abteilung PVV
90333 Nürnberg

Einfach abreißen, falten und in ein Fensterkuvert geben

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
Telefax: +49 911 5307-1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr.: 241/101/00155
Postbank AG Nürnberg
IBAN: DE60 7601 0085 0090 5008 53
BIC: PBNKDEFF760