

Antrag/Angebotsanfrage

Krankenversicherung und Pflegeversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Auslandsreisekrankenversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.



ALTE OLDENBURGER

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag/Ihre Angebotsanfrage ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar (innerhalb von 3 Tagen) gegenüber der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta schriftlich nachzuholen; bitte weisen Sie dann in diesem Formular auf die beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die 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.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

- Neuantrag
 Angebotsanfrage (Neukunde)
 Änderungsantrag

Versicherungsnummer: _____

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

- Antrag auf Abschluss einer
 Auslandsreisekrankenversicherung
 Tarife ARK-E / ARK-F

Nähere Informationen zum Zustandekommen des Vertrages durch Antrag oder Angebotsanfrage entnehmen Sie bitte den wichtigen Hinweisen, Erklärungen und Erläuterungen auf Seite 5.

Titel, Vor- und Zuname des Antragstellers/Angebotsanfragenden		Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	verheiratet ¹ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf		Branche	selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	freiberuflich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße/Hausnummer		Telefon-Nr. (dienstlich)	Telefon-Nr. (privat)	
PLZ/Wohnort		Telefon-Nr. (mobil)	E-Mail	

Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegepflicht-/Auslandsreisekrankenversicherungsvertrages bzw. wünsche ein entsprechendes Angebot für nachstehend aufgeführte Personen mit den jeweils bezeichneten Tarifen:

Zu versichernde Personen

Pers.	Vor- und Zuname (Falls abweichende Adresse, bitte angeben)	Geburtsdatum			Geschl. m/w	Derzeitige berufliche Tätigkeit?	seit wann?	Körpergröße	Gew. (kg)	Vers.-Beginn
		TT	MM	JJ						
1										
2										

Reicht der vorgesehene Raum für die Angabe der abweichenden Adresse nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag/zur Angebotsanfrage. Verweisen Sie dann bitte in diesem Formular auf das gesonderte Blatt.

Tarifbezeichnungen und Monatsbeiträge

Pers.	Tarif	Euro	Tarif	Euro	Tarif	Euro	Tarif	Euro	Tarif	Euro	Zuschlag gem. §12 Abs.4a VAG	Tarif ARK-E / ARK-F	EUR
1													
2													

Monatlicher Gesamtbeitrag/EUR _____

Für alle Tarife

	ja	nein	
Besteht/bestand eine gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung?			Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____
Besteht/bestand eine private Kranken-/Pflegeversicherung oder wurde sie beantragt?			Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____
Besteht Anspruch auf Beihilfe?			Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____
Besteht Anspruch auf Freie Heilfürsorge?			Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____
Besteht für den Antragsteller/Angebotsanfragenden oder eine zu versichernde Person bei dem bisherigen Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag?			Wenn ja, welche Person(en): _____

Nur für Krankentagegeldtarife

	ja	nein	
Besteht/bestand Anspruch auf Kranken(tage)geldversicherung bei einer gesetzlichen/privaten Krankenversicherung oder wurde sie beantragt?			Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____
Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Sind Sie Mitglied der Berufsgenossenschaft?			Pers. 1: Wenn ja, Höhe des Verletztengeldes pro Tag _____ Pers. 2: Wenn ja, Höhe des Verletztengeldes pro Tag _____
Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie? Selbstständig/freiberuflich seit?	Pers. 1: _____	Pers. 2: _____	Pers. 1: _____ Pers. 2: _____
Wie hoch ist Ihr Ø Nettoeinkommen pro Jahr?	Pers. 1: _____	Pers. 2: _____	
Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?	Pers. 1: _____ Tage/ _____ Wochen	Pers. 2: _____ Tage/ _____ Wochen	

Bankverbindung des Antragstellers (nur bei Antragstellung anzugeben)

	ja	nein	
Beiträge können bis auf Widerruf vom Bankkonto abgerufen werden			<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Meine Bankverbindung lautet: _____			BLZ und Kto.-Nr.: _____

Vom Versicherungsnehmer verlangte Leistungen werden bis auf Widerruf ebenfalls auf dieses Konto ausgezahlt. Leistungen an versicherte Personen erfolgen nur dann, wenn der Versicherungsnehmer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat.

Wartezeiterlass

- Ich beantrage/wünsche die Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung.
 Ich beantrage/wünsche durch Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes Erlass der Wartezeiten für die Krankheitskostentarife. Die Kosten dieser Untersuchung übernehme ich. Geht der Befundbericht auf dem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung/Angebotsanfrage ein, dann gilt der Antrag/die Angebotsanfrage für den Abschluss einer Versicherung ohne Erlass der Wartezeiten.

¹ Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz

Wichtige Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen

Beratungs- und Informationspflichten

Der Versicherer bzw. Ihr Versicherungsvermittler hat Sie grundsätzlich vor Antragstellung/vor Stellung einer Angebotsanfrage ausführlich zu beraten und die Beratung zu dokumentieren. Etwas anderes gilt nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen, z. B. gesonderter schriftlicher Verzichtserklärung Ihrerseits oder bei Verträgen im Fernabsatz. Darüber hinaus sind Ihnen, rechtzeitig vor Antragstellung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen in Textform mitzuteilen. Nehmen Sie sich vor Unterzeichnung Ihrer Vertragserklärung bitte ausreichend Zeit, diese Unterlagen zur Kenntnis zu nehmen. Im Falle einer Angebotsanfrage werden Ihnen die zuvor genannten Unterlagen zusammen mit dem Angebot des Versicherers übersandt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen, die mir rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung ausgehändigt wurden, erkenne ich an. Bei Angebotsanfrage werden mir die oben genannten Unterlagen zusammen mit dem Angebot des Versicherers zugestellt.

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 Versicherungsvertragsgesetzes 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: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta / Postfach 13 63, 49362 Vechta. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04441/905-470.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der 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 Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem 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

Zustandekommen des Vertrages

Antragstellung

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt wird. Bei einer Annahme meines Antrags habe ich die Möglichkeit, entsprechend der vorstehenden Widerrufsbelehrung, den Versicherungsvertrag durch mein 2-wöchiges Widerrufsrecht rückwirkend wieder aufzuheben. Bei Zustellung eines von meinem Antrag abweichenden Versicherungsscheins habe ich darüber hinaus das Recht, innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform zu widersprechen. Über die Einzelheiten werde ich gegebenenfalls entsprechend belehrt.

Angebotsanfrage

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn ich mit meiner schriftlichen Annahmeerklärung das Angebot des Versicherers ausdrücklich annehme und den dem Angebot zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen

zustimme. Entsprechend der vorstehenden Widerrufsbelehrung habe ich die Möglichkeit den Vertrag rückwirkend wieder aufzuheben, indem ich von meinem 2-wöchigen Widerrufsrecht Gebrauch mache. Die Widerrufsfrist beginnt 3 Tage nach Versendung meiner schriftlichen Annahmeerklärung an den Versicherer.

Mir ist ferner bekannt, dass die Angebotsanfrage keinen verbindlichen Versicherungsantrag darstellt, ich aber gleichwohl dazu verpflichtet bin, die Angaben zur Person, über den Gesundheitszustand, gegebenenfalls zu den Krankentagegeldtarifen, bestehender oder vergangener Versicherungen verbindlich zu beantworten. Weiter ist es erforderlich, die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutz abzugeben und die Entbindung von der Schweigepflicht zur Risikoprüfung durch den Versicherer zu gewährleisten.

Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten bzw. angefragten Tarifes/der beantragten bzw. angefragten Tarife nichts anderes vorsehen – für die Dauer von zwei Versicherungsjahren fest geschlossen wird und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt. Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind,
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten.
Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Sektor Versicherungsaufsicht –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Außergerichtliche Beschwerde-/Schlichtungsstelle

Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich auch an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin, E-Mail beschwerde@versicherungsomбудsmann.de wenden.

Für eine Beschwerde vor dem Ombudsmann ist eine kurze schriftliche Sachverhaltschilderung erforderlich, der Ombudsmann entscheidet mit einer für beide Seiten unverbindlichen schriftlichen Empfehlung.

Gesetzlicher Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds für die Krankenversicherung der „Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln“ an.