

## Teilnahmeerklärung

zum Rahmenvertrag über die Betriebliche Krankenversicherung (Tarife BKV) –  
Gruppenversicherung mit obligatorischer Anmeldung –  
mit Verband der selbständigen Versicherungskaufleute der Westfälischen Provinzial-Versicherungen, Münster e.V.  
im folgenden „Rahmenvertrag“

### I. Agentur (Versicherungsnehmer)

Firmenname und Rechtsform		
Postleitzahl	Ort	Straße, Haus Nr.
Internet-Adresse		
Telefon	Telefax	
Ansprechpartner mit E-Mail-Adresse		

### II. Vertragsgrundlagen und Bestätigung

Das Vertragsverhältnis richtet sich neben dieser Erklärung nach  
- den Regelungen des Rahmenvertrags  
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-SV  
- den Tarifen BKV

Ich habe / Wir haben die Verbraucherinformation, die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Rahmenvertrag erhalten.

ja  nein

### III. Daten zum Vertrag

Versicherungsbeginn ist das Datum des Inkrafttretens des Rahmenvertrags.

Bei Neumitgliedern: Versicherungsbeginn ist der  (nur möglich innerhalb von sechs Monaten nach Gründung/Übernahme der Agentur)

Gewünschte Absicherung  BKV 1  BKV 2  BKV 3  VorsorgePro

Anzahl der aktuell anmeldepflichtigen Personen

Die gewählte Absicherung gilt für alle anmeldepflichtigen Personen der Agentur. Diese ist dafür beitragszahlungspflichtig.

Die gewählte Absicherung ist vom Erreichen bestimmter Beteiligungsquoten abhängig. Für den Fall, dass die erforderliche Beteiligungsquote für die gewählte Absicherung nicht erreicht ist, erklärt sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass die verpflichtende Anmeldung in der nächstmöglichen Tarifstufe erfolgt. Als nächstmögliche Tarifstufen gelten ausgehend vom Tarif BKV 3 die Tarife BKV 2 und BKV 1 (in dieser Reihenfolge). Ist der Tarif VorsorgePro Bestandteil der gewählten Absicherung, gelten, ausgehend vom Tarif BKV 3 zusammen mit dem Tarif VorsorgePro, die Tarife BKV 2 zusammen mit dem Tarif VorsorgePro und BKV 1 zusammen mit dem Tarif VorsorgePro als nächstmögliche Tarifstufen (in dieser Reihenfolge).

Für die Teilnahme ist es zwingend erforderlich, dass das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 3 dieser Teilnahmeerklärung) erteilt wird.

### IV. Beiträge (Beitragstabelle der Tarife BKV 1, BKV 2, BKV 3 und VorsorgePro)

Monatliche Beitragsraten je Person

	BKV 1	BKV 2	BKV 3	VorsorgePro
Alter	Euro	Euro	Euro	Euro
0-15 Jahre	1,78	2,88	8,82	4,83
16-66 Jahre	8,45	15,32	42,89	9,20
ab 67 Jahren	12,57	24,56	108,53	11,44

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrundegelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

**V. Angaben zu den anmeldepflichtigen Personen**

Nachname Vorname	m	w	Geburtsdatum	Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort	Besch.beginn	Probezeit abgelaufen am

**VI. Bestätigung zur Beratungspflicht**

Beratungspflicht nach § 6 VVG

- Ja, ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.  
 Nein, ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung/Beratungsdokumentation unterschrieben (siehe Anlage).

**VII. Rechtsverbindliche Unterschrift**

Durch Abgabe dieser Erklärung erklärt o.g. Agentur die Teilnahme am Rahmenvertrag über die Betriebliche Krankenversicherung. Dadurch wird sie Versicherungsnehmer der Gruppenversicherung BKV und trägt die Beiträge für alle anmeldepflichtigen Personen. Von dem Merkblatt mit Hinweisen zum Datenschutz für Arbeitgeber hat die Agentur Kenntnis erhalten.

Sonstige Angaben:

--

--

Datum
-------

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers
---

Ansprechpartner:  
Herr Joachim Klenter  
Vertriebsbeauftragter betriebliche Krankenversicherung der UKV

E-Mail: joachim.klenter@ukv.de  
Telefax: (06 81) 8 44 54 31 04  
Telefon: (01 52) 52 70 49 55

LD  
**35**

Leitnummer

Anmelderegister-Nr.
---------------------

Vertreter-Nr.	SK-/LBS-Nr.	SK-ZW-Nr.	Jahr	WPK
---------------	-------------	-----------	------	-----

Pers SK MA1	Pers SK MA 2
-------------	--------------

SK-Pers-Nr.	Inst-Nr.
-------------	----------

**Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft**  
Maximilianstraße 53, 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30, 81539 München  
Telefon (0 89) 21 60-88 88, Telefax (0 89) 21 60-80 01  
www.versicherungskammer-bayern.de

Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München  
Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:  
BayernLB  
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
BIC BYLADEMMXXX  
Gläubiger-ID: DE50BK000000156985

Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vorsitzender),  
Manuela Kiechle, Andreas Kolb  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Robert Heene

# Bayerische Beamtenkrankenkasse

Aktiengesellschaft

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53  
81537 München

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG

**DE50BK00000156985**

Ihre Mandatsreferenznummer ist Ihre Versicherungsnummer.

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

zum Antrag/Vertrag

zur Versicherungsnummer

für

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Beiträge für die genannten Versicherungsverträge von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich erhalte / Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

Postleitzahl  Ort

IBAN  BIC

Kreditinstitut

Sofern die Beiträge von meinem / unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

**Bayerische Beamtenkrankenkasse**  
**Aktiengesellschaft**  
Maximilianstraße 53, 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wargauer Straße 30, 81539 München  
Telefon (0 89) 21 60-88 88, Telefax (0 89) 21 60-80 01  
www.versicherungskammer-bayern.de

Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München  
Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:  
BayernLB  
IBAN DE12 7005 0000 0000 0243 45  
BIC BYLADEMMXXX  
Gläubiger-ID: DE50BK00000156985

Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vorsitzender),  
Manuela Kiechle, Andreas Kolb  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Robert Heene

## Hinweis zum Widerrufsrecht

### **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 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  
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den  
Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Harald Benzing und die  
Vorstände Manuela Kiechle und Wolfgang Reif  
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München  
Hausanschrift: Warngauer Straße 30, 81539 München  
Telefax: (0 89) 21 60-80 01, E-Mail: service@vkb.de

#### **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; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, 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 von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Als Versicherungsschein gilt die unterschriebene Teilnahmeerklärung zusammen mit dem Rahmenvertrag und der Abrechnungsliste, aus der sich Ihr zu zahlender Monatsbeitrag ergibt.

**Ihre Bayerische Beamtenkrankenkasse AG**