

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

Einschluss des Tarifs INTER BEA flex bei der INTER Krankenversicherung AG

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel _____ Vorname _____ Zuname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ Straße/Haus-Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d Ihr Status <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Schüler/in oder Student/in <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Ihre Berufsgruppe <input type="checkbox"/> Heilwesen <input type="checkbox"/> Handwerker/in <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Sind Sie Jäger/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Ihre Kommunikationsdaten

Telefon* Privat _____ Mobil _____ Fax* Privat _____ E-Mail* Privat _____	Geschäftlich _____ Geschäftlich _____ 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 VVaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG - BKM

☐ **Einschluss des Tarifs INTER BEA flex** zur Vertragsnummer _____

Als Versicherungsbeginn ist der Erste des Folgemonats möglich.

für Person (Name)	Versicherungsbeginn	Tarif	Summe	Monatsbeitrag
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
für Person (Name)	Versicherungsbeginn	Tarif	Summe	Monatsbeitrag
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR
_____	_____	_____	_____ EUR	_____ EUR

Hiermit beantrage ich den Einschluss des Tarifs INTER BEA flex zu den vorgenannten Konditionen in den bestehenden Versicherungsvertrag.

Die Beratung über den Beitragsentlastungstarif im Alter INTER BEA flex wurde protokolliert und von mir unterschrieben. Eine Kopie dieses Protokolls, sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (INTER BEA flex – Stand 01.08.2020) habe ich erhalten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (INTER BEA flex) und eine Kopie des Antrags erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

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.
Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.

_____ Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)	_____ Ort, Datum	
_____ Eigene IHK Registrierungsnummer	_____ Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller
_____ Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers	_____ Unterschrift der zu versichernden Person 1 (des gesetzlichen Vertreters)	_____ Unterschrift der zu versichernden Person 2 (des gesetzlichen Vertreters)

Widerrufsbelehrung

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