



Familienpflegezeitversicherung Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag

Über den Gruppenversicherungsvertrag zu versichernde Person

Anrede/Titel/Vorname

Frau Herr

Geburtsdatum

Name

Straße, Nr., PLZ, Ort

Nach § 4 des Gesetzes über die Familienpflegezeit (FPfZG) ist eine Anmeldung zur Familienpflegezeitversicherung Voraussetzung für die Gewährung der Familienpflegezeit im Sinne des FPfZG.

Der Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrages meldet hiermit die o.g. versicherte Person durch Unterzeichnung dieser Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag der Familienpflegezeitversicherung an.

Arbeitgeber der zu versichernden Person

Firma/Name

Straße, Nr., PLZ, Ort

Versicherte Risiken

Tod und Berufsunfähigkeit

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem ersten Tag der Familienpflegezeit der versicherten Person

Vereinbarte Dauer der Familienpflegezeit

(Pflegephase einschließlich Nachpflegephase)

_____ Monate

Versicherungssumme zu Beginn der Familienpflegezeit

(Monatlicher Aufstockungsbetrag inkl. Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung)

_____ €

Monatsbeitrag

Während der Familienpflegezeit:

Der Monatsbeitrag während der **Pflegezeit** beträgt jeweils **1,99 %** des jeweiligen monatlichen Aufstockungsbetrages inklusive Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.

Während der Nachpflegephase:

Der Monatsbeitrag während der **Nachpflegephase** beträgt jeweils **1,99 %** des jeweiligen monatlichen Rückzahlungsbetrages inklusive Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.

Während einer **Stundung** der Rückzahlung oder Zeiten von **Kurzarbeit** errechnet sich die Prämie aus dem **Rückzahlungsbetrag** inklusive Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung im Monat **vor Beginn** der Stundung oder Kurzarbeit.

Die monatliche Versicherungsprämie wird vom Versicherungsnehmer an den Versicherer abgeführt.

Hinweise zum Widerrufsrecht und Schlusserklärung der versicherten Person

1. Hinweise zum Widerrufsrecht:

Als versicherte Person können Sie Ihre Erklärung zur Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag Familienpflegezeitversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, Email) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie eine Kopie Ihrer Erklärung einschließlich des Merkblattes mit dieser Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, Sibille-Hartmann-Straße 2-8, 50969 Köln, Faxnummer: 0221 / 36 73 51 805, E-Mail: bkissler@bafza.bund.de.

Dem Versicherungsnehmer liegen die ihm zur Verfügung zu stellenden Vertragsinformationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes bereits vor. Die im Falle des elektronischen Geschäftsverkehrs speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch sind erfüllt.



Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr jeweiliger Versicherungsschutz, und der Versicherer Cardif Lebensversicherung erstattet den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, da vereinbarungsgemäß 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 einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Anmeldeerklärung ausgewiesenen Gesamtbeitrags für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn das Versicherungsverhältnis auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Datenübermittlung

Personenbezogene Daten werden zum Zwecke der notwendigen Verwaltung der Versicherungsverhältnisse versicherter Personen sowie im Zuge der Gewährung von Versicherungsschutz an die Cardif Lebensversicherung, Friolzheimer Straße 6, 70499 Stuttgart weitergegeben und dort gespeichert. Sie können ggf. an andere Versicherer der Cardif-Gruppe und Rückversicherer weitergegeben werden.

Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten/Entbindung von der Schweigepflicht/Erhebung sonstiger Daten

Die versicherte Person ermächtigt Cardif zur Beurteilung der von ihr im Rahmen ihres Leistungsantrages gemachten Angaben, personenbezogene Gesundheitsdaten bei allen Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war bzw. ist, sowie anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer des Versicherungsfalles sowie über diejenigen Krankheiten, die zum Versicherungsfall geführt haben, zu erheben. Insoweit entbindet sie alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über ihren Tod hinaus. Für das Risiko Berufsunfähigkeit kann die versicherte Person jederzeit der Erhebung widersprechen und verlangen, dass die Erhebung nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt wurde. In diesem Fall werden die versicherte Person und Cardif ein angemessenes Entgelt für den entsprechend erhöhten Verwaltungsaufwand vereinbaren. Darüber hinaus ermächtigt die versicherte Person Cardif zu den von ihr über ihre Einkommensverhältnisse und Arbeitsunfähigkeitszeiten gemachten Angaben ihre Arbeitgeber zu befragen.

Die versicherte Person bestätigt den Erhalt des Merkblattes, die Hinweise zum Widerrufsrecht und erklärt die Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Versicherungsnehmer