

Vertragsänderung

**Antrag auf Ergänzung  
des bestehenden Versicherungsschutzes  
in der Kranken-Vollversicherung um eine  
Krankentagegeldversicherung oder  
eine Anwartschaftsversicherung auf  
eine Krankentagegeldversicherung nach  
Tarif KT, MKT, FKT**

Hallesche Krankenversicherung a.G. • 70166 Stuttgart  
[service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de) • [www.hallesche.de](http://www.hallesche.de)

VG 10/21 - 02.26

**Hinweis:** Bitte beachten Sie vorab  
die „Erklärung zum Beratungsrecht“  
im Antrag. Wir beraten Sie gerne.

# Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

## Sehr geehrte Kunden,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung/Ihre Angebotsanforderung 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.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

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.

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. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. 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.

Hallesche  
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

**Antrag auf Ergänzung des bestehenden Versicherungsschutzes in der Kranken-Vollversicherung um eine Krankentagegeldversicherung oder eine Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT, MKT, FKT**

Versicherungsnummer		Vermittlernummer
		Antragsnummer
Zuname/Vorname (Antragsteller/Versicherungsnehmer)		Geburtsdatum
Straße		Telefon (freiwillige Angabe)
PLZ	Wohnort	Fax (freiwillige Angabe)
		E-Mail (freiwillige Angabe)

☒ **Ja, ich wähle folgende Absicherung**

<input type="checkbox"/> Für mich, den Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Freiberuflich	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Beihilferechtigt
oder <input type="checkbox"/> Für:	Zuname/Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)		
	ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Freiberuflich	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Beihilferechtigt

**Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Versicherungsnehmer**

Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist:  
Besteht zwischen der zu versichernden Person und dem Antragsteller/Versicherungsnehmer ein Verwandtschaftsverhältnis im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung?

☐ nein ☐ ja, Verwandtschaftsverhältnis

**Wird die Frage mit „nein“ beantwortet, ist für die betroffene Person ein eigenständiger Antrag einzureichen.**

Eine Änderung des Verwandtschaftsverhältnisses während der Vertragslaufzeit ist dem Versicherer umgehend mitzuteilen.

**Definition des Verwandtschaftsverhältnisses**

Angehöriger im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung sind

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft\*

- Geschwister und deren Ehegatten/Lebenspartner, Geschwister der Ehegatten/Lebenspartner\*
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegenerkinder und Enkelkinder
- Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern

\*auch wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

**Versicherungsbeginn**

(Erläuterung siehe Vertragsunterlagen) 01. 

--	--	--	--	--	--

 Monat Jahr

**Verdienstausfall-Schutz – nur bei Berufstätigkeit abschließbar!**

Tarif	Tagegeldhöhe	Beitrag	Monatlicher Gesamtbeitrag	
Tarif	Tagegeldhöhe	Beitrag		
Tarif	Tagegeldhöhe	Beitrag		
Hinweis: Bestehende Krankentagegeld-Verträge können für pflichtversicherte Arbeitnehmer in der GKV im Tarif KT.43 mit maximal 30 € fortgeführt werden.				

**Verdienstausfall-Schutz gewünscht als**

<input type="checkbox"/> aktive Krankentagegeldversicherung	oder	<input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung (AWV) auf eine Krankentagegeldversicherung	Bitte reichen Sie uns dazu folgende/n Nachweis/e ein:
		<input type="checkbox"/> Große AWV <input type="checkbox"/> Kleine AWV	
			<input type="checkbox"/> AWV wg. Versicherungspflicht: Nachweis der GKV über Versicherungspflicht liegt bei
			<input type="checkbox"/> AWV wg. freier Heilfürsorge: Nachweis über freie Heilfürsorge liegt bei

**Nettoeinkommen** (Definition siehe Vertragsunterlagen)

☐ Selbstständiger/Freiberufler ☐ Arbeitnehmer

Monatliches Nettoeinkommen (bei Arbeitnehmern erst ab 160 € KT erforderlich)

## Angaben zum Arbeitgeber

Betrieb bzw. Arbeitgeber	Branche
Straße	PLZ/Ort

## Angaben zu der zu versichernden Person

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, – je nach Verschulden – vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherten – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann. Bitte beachten Sie hierzu den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ nach dem Deckblatt.**

**Die nachfolgenden Angaben sind notwendig, um zu prüfen, ob die Ergänzung des bestehenden Versicherungsschutzes mit einer aktiven Krankentagegeldversicherung oder einer Anwartschaft auf eine Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich ist. Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- ☐ Zum  tritt/trat Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein.
- ☐ Zum  wurde eine Beschäftigung mit einem regulären Einkommen\*\* als Arbeitnehmer oder Selbstständiger/Freiberufler in Deutschland aufgenommen.
- ☐ Es wurde zuvor **noch nie** eine Beschäftigung mit einem regulären Einkommen\*\* ausgeübt oder es wurde zuvor eine Berufsausbildung absolviert.
- ☐ Es entfällt/entfiel unmittelbar zuvor der Beihilfeanspruch\*\*\*.

- \* Die Hinzunahme einer aktiven Krankentagegeldversicherung oder einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung muss innerhalb von sechs Monaten ab genanntem Datum beantragt werden.
- \*\* Nicht als Beschäftigung mit einem regulären Einkommen gelten: Geringfügige Beschäftigungen (sog. Minijob), kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse (z. B. in den Semesterferien), Freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst, Freiwilliger Wehrdienst.
- \*\*\* Bisherige Soldaten auf Zeit, die Übergangsgebühren erhalten, haben keinen Anspruch auf Hinzunahme einer aktiven Krankentagegeldversicherung oder einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

## Wichtiger Hinweis für die Vereinbarung von Risikozuschlägen

Sofern im ambulanten oder stationären Bereich der Krankheitskosten-Vollversicherung bereits ein Risikograd für die zu versichernde Person vereinbart wurde, gilt für die aktive Krankentagegeldversicherung oder die Anwartschaft auf eine Krankentagegeldversicherung der jeweils höchste Risikograd.

Bitte beachten Sie hierzu auch die beiliegende „Vereinbarung zum Versicherungsantrag“, die von Ihnen zu unterschreiben ist.

Besteht in der Krankheitskosten-Vollversicherung kein Risikograd, ist für die aktive Krankentagegeldversicherung oder die Anwartschaft auf eine Krankentagegeldversicherung auch kein Risikograd erforderlich.

Die bis zur Antragstellung bekannt gewordenen Erkrankungen/Beschwerden werden im Rahmen der Risikozuschlagsvereinbarung berücksichtigt. Der in der Krankheitskosten-Vollversicherung vereinbarte Risikograd bleibt davon unberührt.

## Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren

Sofern Sie uns bereits ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, buchen wir die fälligen Beiträge automatisch vom entsprechenden Konto ab.

Falls Sie bisher noch nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen und dies zukünftig möchten, reichen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag bei uns ein.

## Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler



Bitte prüfen Sie, ob die Angaben im Antrag zutreffend und vollständig sind.

Bitte beachten Sie hierzu den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ nach dem Deckblatt.

**Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen in Ihren Vertragsunterlagen.** Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.


Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben.

**Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis in Ihren Vertragsunterlagen unter „Widerrufsbelehrung“.**

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen 
	Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen 

## Erklärung zum Beratungsrecht

- ☐ Hiermit bestätige ich, dass ich vor Antragstellung objektiv und in verständlicher Form beraten wurde und eine wohlinformierte Entscheidung treffen konnte. Der Vertrag entspricht demgemäß meinen Wünschen und Bedürfnissen. Die Beratungsdokumentation dazu wurde mir (in Papierform, per E-Mail oder auf einem dauerhaften Datenträger) überlassen.
- ☐ Ich verzichte vor Abschluss des Versicherungsschutzes auf eine Beratung.  
Mir ist bekannt, dass sich mein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer und/oder Versicherungsvermittler Schadenersatzansprüche wegen einer Pflichtverletzung im Zusammenhang mit der Beratung zum gewünschten Versicherungsschutz geltend zu machen.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers 
<b>Achtung: Sollten Sie keine der beiden oben angegebenen Erklärungen (bitte nur eine der beiden Optionen ankreuzen) abgeben, können wir Ihren Antrag nicht weiter bearbeiten, selbst wenn alle sonstigen Angaben gemacht wurden. Das heißt für Sie: Der Versicherungsschutz kommt nicht zustande. Für eine Beratung wenden Sie sich bitte an Ihren persönlichen Ansprechpartner im Außendienst. Ihren Beratungswunsch nimmt auch unser Service-Telefon gerne unter 0711 6603-6603 (Montag – Freitag von 8–20 Uhr) entgegen.</b>	

## Wie erhalte ich meine vertragsrelevanten Unterlagen?

Ein Bestandteil der Krankentagegeldversicherung bzw. der Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung sind die zugehörigen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ sowie weitere vertragsrelevante Unterlagen, die diesem Schutzbrief nicht beiliegen.

- Diese Unterlagen erhalten Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner.
- Falls nicht, können Sie die Unterlagen im Internet unter [www.hallesche.de/kt-awv-vvg](http://www.hallesche.de/kt-awv-vvg) aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

**Nach Erhalt der Unterlagen bitten wir Sie, nachfolgend den Empfang zu bestätigen.**

## Empfangsbestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bezüglich der von mir beantragten Krankentagegeldversicherung bzw. Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung die folgenden Unterlagen in Textform erhalten habe:

- Die „Allgemeine Versicherungsbedingungen“: Tarif nebst Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) sowie Tarifbedingungen (TB/KT 2013) und ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung.
- Das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“
- Die „Widerrufsbelehrung“ und den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ habe ich ebenfalls in Textform erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

Hallesche  
Krankenversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz  
„wird nachgeliefert“

**oder per Fax an die 0711 6603-333**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Hallesche Krankenversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hallesche Krankenversicherung a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Hallesche Krankenversicherung a. G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber <sup>1</sup> )	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
Zustelladresse (nur falls abweichend):	
Straße und Hausnummer bzw. Postfach	Postleitzahl und Ort
Kreditinstitut (Name und BIC)	
IBAN	

**Bei Neuantrag/-anmeldung:** Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

**Bei bestehendem Versicherungsvertrag:**  
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum	Unterschrift des Kontoinhabers 
-----------	---

<sup>1</sup> Sofern Sie als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer/Hauptversicherter sind, können Sie die „Informationen zur Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung“ bei Neuanträgen/-anmeldungen beim Versicherungsnehmer/Hauptversicherten einsehen. Diese Informationen finden Sie auch im Internet (unter [www.hallesche.de/datenschutz](http://www.hallesche.de/datenschutz)) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o. g. Adresse, per E-Mail (unter [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)) oder telefonisch (unter 0711 6603-6603) anfordern.

**Bitte immer ausfüllen:** Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der Hallesche Krankenversicherung a. G. mit folgendem Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort	Versicherungsnummer (falls bekannt)

**Zahlungsweise:** ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich (3 % Skonto<sup>2</sup>)

Für den Tarif VSaplus kann keine Zahlungsweise gewählt werden, da es sich um einen „Einmalbeitrag“ handelt. Um die Zulageberechtigung nicht zu gefährden, ist im Tarif FÖRDERbar keine jährliche Zahlungsweise möglich.

<sup>2</sup> Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen sowie auf die Beiträge zu den Tarifen Hi.Germany und Krankengeld.plus.

---

**Hallesche**

Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit  
70166 Stuttgart  
service@hallesche.de  
www.hallesche.de

Vors. des Aufsichtsrats: Dr. Walter Botermann

Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner, Dr. Jochen Kriegmeier, Alexander Mayer, Christian Pape, Wiltrud Pekarek, Udo Wilcsek  
Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · USt-IdNr. DE 147802285 · Beiträge zu privaten Kranken- und Pflegekrankenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungssteuer (§ 4 (1) Nr. 5 b VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei