



ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 82 01 73 · 81801 München
##35805322##

Herrn
Jannick Lawson Boemigan
Heinrich-Heine-Weg 15
51503 Rösrath

Es schreibt Ihnen

Vertragsservice

Tel (089) 4124-8200

Fax (089) 4124-9525

Datum 17.06.2024

Versicherungsschein-Nr. **101108492**

Guten Tag Herr Lawson Boemigan,

vielen Dank, dass Sie in Zukunft auf unsere Krankenversicherung vertrauen möchten. Mit diesem Brief schicken wir Ihnen Ihre Versicherungsunterlagen.

Ab dem 01.06.2024 beträgt Ihr monatlicher Beitrag 12,65 EUR.

Wie gewünscht buchen wir die Beiträge bei Fälligkeit von Ihrem Konto ab. Die Beiträge für evtl. zurückliegende Fälligkeiten sind in der ersten Abbuchung enthalten.

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Serviceteams:

- bei Fragen zu Ihrem Vertrag	Service-Hotline	(089) 41 24-82 00
- für Auskünfte zu Versicherungsleistungen	Leistungs-Hotline	(089) 41 24-83 00

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Effinger

ppa. Sabine Wolf



Versicherungsschein

Versicherungsnehmer Jannick Lawson Boemigan, geb. 26.10.1987
Versicherungsschein-Nr. 101108492

Versicherte Leistungen für

Tajo Lawson Boemigan, geb. 25.10.2023

Beginn bzw. Änderung der Versicherung	Versicherungsart	Tarif	Tagessatz in EUR	Tarifbeitrag in EUR	Gesetzlicher Zuschlag(+) in EUR	Zuschlag(+) Rabatt(-) in EUR	Besondere Vereinbarungen	Beitrag in EUR
01.06.2024 #	GKV-Ergänzung	483		12,65				12,65

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Monatlicher Gesamtbeitrag in EUR ab 01.06.2024

12,65

In Deutschland ist der Beitrag nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz unter den dort genannten Voraussetzungen steuerfrei. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Beitrag insoweit grundsätzlich versicherungsteuerpflichtig.

Versicherungsbeiträge unterliegen gemäß § 4 Nr. 10 Umsatzsteuergesetz nicht der Umsatzsteuer.

Besondere Hinweise

für Tajo Lawson Boemigan, geb. 25.10.2023:

*Der Versicherungsbeginn wurde geändert, denn eine Rückdatierung ist nicht zulässig.

Bitte beachten:

An den mit einem * gekennzeichneten Positionen weicht der Versicherungsschein vom Antrag ab.

Wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerspricht, gilt die Abweichung als genehmigt.



Vertragsbestandteil

Bestandteile dieses Vertrages sind der Antrag, Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbeschreibungen in Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die vereinbarten Tarife, sowie der Versicherungsschein (inklusive etwaiger Nachträge) mit den darin eventuell genannten Besonderen Bedingungen und besonderen Vereinbarungen.

Belehrung über die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug mit dem Erstbeitrag

Bei Abschluss einer Krankheitskostenzusatz - , Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung gilt bei Zahlungsverzug mit dem Erstbeitrag Folgendes:

Ihr Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Zahlen Sie Ihren ersten Beitrag jedoch nicht rechtzeitig nach Zugang einer Zahlungsaufforderung oder kann nach Erteilung einer Einzugsermächtigung der erste Beitrag nicht rechtzeitig vom angegebenen Konto eingezogen werden, kommen Sie mit Ihrer Zahlung in Verzug. Ab diesem Zeitpunkt besteht dann kein Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Erst wenn der Erstbeitrag vollständig gezahlt ist, lebt der Versicherungsschutz für dann neu eintretende Versicherungsfälle grundsätzlich wieder auf.

München, den 17.06.2024

Dr. Matthias Effinger

Dr. Roland Schäfer



Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

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 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:

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
+49(0)89/4124-9525.

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; dabei handelt es sich um 1/30 des in der Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. 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. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. 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;
11. 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;
 - 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 Versicherungsvertrags 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 Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags 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 -



ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 82 01 73 · 81801 München
##35805322##

Herrn
Jannick Lawson Boemigan
Heinrich-Heine-Weg 15
51503 Rösrath

Es schreibt Ihnen

Vertragsservice

Tel (089) 4124-8200

Fax (089) 4124-9525

Datum 17.06.2024

Information zum SEPA-Lastschrifteinzug

Der Rückstand von 12,65 Euro wird zusammen mit dem nächsten Beitrag abgebucht.
Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt 12,65 Euro. Dieser Betrag wird
monatlich ab 01.08.2024 von folgendem Konto abgebucht:

ING-DiBa
BIC Code INGDDEFFXXX
IBAN DE18 5001 0517 XXXX XX33 90

Aus Sicherheitsgründen sind nur die letzten 4 Ziffern Ihrer Bankverbindung angegeben.

Die SEPA Lastschriften erfolgen zur Mandatsreferenz DEM00004797192 zu der Gläubiger
Identifikationsnummer DE70ZZZ00000009476. Mandatsgeber für dieses Lastschrift-Mandat ist
Jannick Lawson Boemigan.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag
auf den 1. folgenden Werktag.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Effinger

ppa. Sabine Wolf

SEPA-Lastschrift-Mandat

zum Vertrag | 101108492

Mandatsreferenz: | DEM00004797192

Kontoinhaber | Name, Vorname, Titel
| **Lawson Boemigan, Jannick**

| Straße, Hausnummer
| Heinrich-Heine-Weg 15

| PLZ | Wohnort
| 51503 | Rösrath

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unserem) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich(uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt ("Pre-Notification").

Kreditinstitut | Name
| **ING-DiBa**

| IBAN
| DE18 5001 0517 XXXX XX33 90
| Die IBAN haben wir aus datenschutzrechtlichen Gründen teilweise unkenntlich gemacht.

| BIC / SWIFT
| INGDEFFXXX

Zahlungsempfänger | ARAG Krankenversicherungs-AG
| Hollerithstraße 11, 81829 München
| Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig, ebenso die Sicherheit bei der Datenverarbeitung. Informationen gem. der Datenschutzgrundverordnung zum Umgang mit personenbezogenen Daten finden Sie unter www.ARAG.de/ds-infos. Gerne können Sie diese auch bei uns in Papier anfordern.

**Unterschrift
Kontoinhaber /
Bevollmächtigter**

Ort, Datum

München, 17. Juni 2024

Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter

Das Mandat wurde ohne Unterschrift erteilt
Eine Rücksendung ist nicht erforderlich