

HALLESCHE

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

Antrag auf Krankenversicherung

 Vollversicher 	ung
-----------------------------------	-----

- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung
- Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Ihr Vermittler		

Die Private Krankenversicherung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

unter »Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person« auf den Seiten 1 bis 6 finden Sie nähere Informationen zu »Definitionen«, »Hinweisen« und »Erklärungen«, die für die Antragstellung relevant sind, sowie die »Datenschutzerklärung«. Wir bitten Sie, diese »Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person« sowie die »Datenschutzerklärung« vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.

Bitte trennen Sie die folgenden Unterlagen aus diesem Heft heraus:

- Antragsseiten,
- **SEPA-Lastschriftmandat und**
- **■** Empfangsbestätigung

und geben diese Unterlagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Sie erhalten dann in Kürze von uns Antwort.

Vielen Dank!

Antrag auf Krankenversicherung



SC	VD Ve	ersicheru	ngs-Nr.	Vermittler-Nr. (bei der HAL	LESCHE)	Kunden-Nr. (bei der HALI	ESCHE)	Antragsnum	nmer		Neuantrag Änderungsantrag
	Antragste		Herr Frau							_	□ Anderungsantrag
Versicherungsnehmer Zuname/akad. Titel							Betrieb bzw. Arbeitgeber				
Vorname Geburtsdatum			ausgeübte Tätigkeit Branche				ne				
			Selbst-		rbeit-	nicht	Straße				
			ständig Straße	beruflich n	ehmer	berufstätig	NKZ/PL	Z	Ort		
			NKZ/PLZ Wol	nnort			Telefon	(freiwillige Ar	ngabe)	Fax (fr	eiwillige Angabe)
			Telefon (freiwillige Angabe	Fax (fre	eiwillige A	Angabe)					
			E-Mail (freiwillige Angabe)								
	u versiche	rnde	1. Person mä	nnlich weiblich			2. Pers	son	männlich	maihli ah	
	Perso	onen	Zuname/akad. Titel	nnlich weiblich				e/akad. Titel	I mammen	weiblich	
			Vorname				Vornan	ne			
			Geburtsdatum	Familie	enstand		Geburts	datum		Familie	enstand
			Selbst-ständig Freiberu	Arbeit- Ilich nehmer	nicht berufstät		Sel	bst-	Frei- Arbe beruflich nehn		nicht Arbeitgeber- berufstätig bescheinigung
			ausgeübte Tätigkeit	Branch	e	erforderlich	ausgeüb	ote Tätigkeit		Branch	erforderlich e
					Angest. ö	ffentl. Dienst/Angehör.		perechtigt	als Beamter/Angehör	als	Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
			nach Bund La	nd		ambulant %	nach L	Bund	Land		ambulant %
			Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist: In welcher Beziehung stehen Sie zum Antragsteller/Versicherungsnehmer?				Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist: In welcher Beziehung stehen Sie zum Antragsteller/Versicherungsnehmer?				ig zu versichernde Person ist: cherungsnehmer?
			Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner Kind oder Adoptivkind				Ehe	epartner bzw. e	eingetragener Lebenspa	artner	Kind oder Adoptivkind
			Elternteil	nstige Beziehung			Elte	ernteil	sonstige Beziehung		
	Zusatzanga Selbststän						Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit				
		8	Beginn der derzeitigen Täti	gkeit			Beginn der derzeitigen Tätigkeit				
			vorher ausgeübte Tätigkeit				vorher ausgeübte Tätigkeit				
			GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital		Anzahl	l der Gesellschafter		Geschäftsführe m Stammkapi			Anzahl der Gesellschafter
	r bei Absch			men (bei Arbeitnehmern ers	t ab 120 €	E KT erforderlich)	Monatliches Nettoeinkommen (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich) (Definition Nettoeinkommen siehe » Seite 1 «)				t ab 120 € KT erforderlich)
von Kr	ankentage	egeld	(Definition Nettoeinkomn	nen siehe »Seite 1«)			(Definit	tion Nettoeinl	kommen siehe » Seite 1	1 «)	
V	orversiche der let	tzten	Krankenkasse/Versichere (Hinweise siehe »Seite 1«)	r				nkasse/Versionise siehe »Sei			
	3 J	ahre	Art und Umfang	Tagegeldl	iöhe (aucl	h GKV)	Art und	Umfang		Tagegeldl	iöhe (auch GKV)
			besteht/bestand seit	endet/end	ete zum		besteht/	bestand seit		endet/end	ete zum
			Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe »Seite 1«)				Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe »Seite 1«)				
			Art und Umfang	Tagegeldl	iöhe (aucl	h GKV)		Umfang	,	Tagegeldl	iöhe (auch GKV)
			besteht/bestand seit	endet/end	ete zum		besteht/	bestand seit		endet/end	ete zum
	*** • 4		D-: CVV	D			D-: CW	17	D		
	Weitere Ang /zum derzei Krankenk	itigen	Bei GKV freiwillig versichert	Beendet durch Versicher		nmer	Bei GKV Beendet durch freiwillig versichert Versicherungsnehmer				
Krankenkasse/ Versicherer			pflichtversichert	Krankenl	_		pflichtversichert Wersicherungsnehmer Krankenkasse/Versicherer				
			familienversichert				familienversichert				
			Freie Heilfürsorge				Fre	eie Heilfürson	rge		

G 10/1 - 02 20

Versicherungsbeginn	1. Person	Beginn				2. Pei	son	Beginn			
Gewünschter Versicherungsschutz	Tarif(e)		evtl. ab- weichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund- Nachlass	Beitrag in €	Tarif(e)			evtl. ab- weichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund- Nachlass	Beitrag in €
Krankheitskosten- Tarife											
Krankheitskosten-											
Tarife Krankheitskosten- Tarife											
Krankheitskosten- Tarife											
gesetzl. Zuschlag 10 (nicht bei Zusatzvers			<u>I</u>	_						I	
Tagegeld-Tarife											
Tagegeld-Tarife											
Tagegeld-Tarife											
Pflege-Tarife											
Pflege-Tarife											
MBZ											
Geförderte ergänzende Pflegeversicherung	FÖRDER <i>bar</i> .					FÖRD	ER <i>bar</i> .				
(Die zu versichernde Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.)	Der monatliche Be die Zentrale Stelle Hinweis: Bei Mitb abgeschl Wird der	dem Vertrag gutge	eschrieben wir Parifs FÖRDE Erennt policier	[.] d. R <i>bar</i> wird f t und abgeb	ür diesen ein r ucht wird.	echtlich s	elbstständig	er Vertrag mit ei	genständigen	Versicherun	
	Monatlicher Ge	samtbeitrag für	Person 1			Mona	ntlicher Ge	esamtbeitrag fü	r Person 2		
	Monatlicher Ge			erson 2				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Entfallende Tarife	Wonautiener Ge	samusciti ag i ui	reison i una re	erson z							
Wartezeiterlass	Wartezeiterla (Hinweise siehe	ass mit ärztlicher 1 e »Seite 1«)	Untersuchun	g auf eigene	Kosten		/artezeiterla Iinweise siehe	ass mit ärztlicher e »Seite 1«)	Untersuchung	g auf eigene	Kosten
Pflege-Pflicht- versicherung	Vorversicherungsz die Wartezeit in de nur berücksichtige Dazu benötigen w	er privaten Pflege-l en, wenn und sowe	Pflichtversich eit uns diese n	erung anger achgewiese	echnet. Wir kön n werden.	nen Vorv	ersicherung	szeiten bei ander	en Versicherur	gsunterneh	men allerdings
	reichen uns eine V	ersicherungsbesch	heinigung ein	, aus der Be	ginn und Ende o	der Vorve	rsicherung h	nervorgehen.	iteli Obertiagu	iigswerte –	owaj oder sie
	1. Person anbei		swertbeschein			2. Pers	son anbei		gswertbescheini		
			gsbescheinigur	_					gsbescheinigun	g	
	Besteht seit 01. 01.								Vi-l		_
	1. Person	ia, anbei l	versiciieri	ungsnachwei	S	2. Pers	OII	ia, anbei nein	versichert	ngsnachwei	S
	Die Begrenzung a	uf den Ehegattenh	öchstbeitrag/	Lebenspartr	nerhöchstbeitrag	g wird bea	ıntragt:				
	1. Person	ja, anbei	_	k VG 10/6		2. Pers		a, anbei	Druckstüc	k VG 10/6	
		nein						nein			
	Bitte immer bean Die Höhe des mon	tworten, wenn ei natlichen Gesamte	ne beitragsfro inkommens (eie private l Definition s	Pflege-Pflichtve siehe »Seite 1«)	e <mark>rsicheru</mark> beträgt:	ng für Kind	er (auch Jugendl	iche, Studente	n) beantra	gt wird:
	1. Person	E (kein Einkommer	1)			2. Pers	son 0 €	€ (kein Einkomme	n)		
		s 455 € (bzw. bis 45	,					s 455 € (bzw. bis 45	,		
	* Die Einkommens		gilt nur bei Au	sübung eine				ehr als 455 € (bzw. Iinijob. Liegt neber		,	em Minijob eine
	Bitte zusätzlich b		hernden Kin	dern beant	worten:						
	Name des/eines pi	rivat pflegepflichtv	versicherten E	Iternteils un	d wo versichert	?	7mam	e, Vorname			
	1. Person					2. Pers	son				
	private	PPV bei					private	PPV bei			
	anhei	Versicherungs	enachwais				anhei	Versicherung	enachwaie		

Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf diesem Antrag, sondern in der »Erklärung vor	dem Arzt« (VG 152) gemacht.
Hinweis: Der Antrag ist nur gültig, wenn die »Erklärungen vor dem Arzt« für die Personen Nr.	vorliegen!

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag 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

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeiger
unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

١.	Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorge-
	und Routineuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Ent-
	wicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die
	diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?

2.	Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt?
	(Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. – Definition »Eintrittsalter« siehe
	»Seite 1«.)

3.	Wurde in den letzten 10 Jahre	n eine psychotherapeutische	Behandlung angeraten,	durchgeführt
	oder ist eine solche beabsichtigt	?		

ŧ.	indet derzeit oder fand in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wege	en
	terilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten	13

Größe/cm		Größe/cm	
Gewicht/kg		Gewicht/kg	
nein	☐ ja	nein	☐ ja
nein	☐ ja	nein	☐ ja
nein	☐ ja	nein	☐ ja
nein	☐ ja	nein	☐ ja

						1. Perso	on	2. Person	n
				ersuchung, Behandlu endig, angeraten oder l	ng oder Operation durch beabsichtigt?	Ärzte, nein	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
		keiten (z.B.			ndelte Krankheiten, Beschw perliche Fehler oder psyd		ı 🗌 ja	nein	ja
	organisch	e oder körper		Kieferanomalien), Körp	tende Beschwerden/Krank erimplantate oder Prothese		ı 🗌 ja	nein	☐ ja
	8. Wurde jer	nals eine HIV	/-Infektion festgeste	llt (z. B. durch einen A	ids-Test)?	neii neii	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
					eststellungsbescheids mit g	enauer 🔲 neii	n 🗌 ja	nein	ja
	10. Werden o	oder wurden	in den letzten 3 Ja	lerungsgrad beifügen. ahren regelmäßig Arz	neimittel - ggf. auch zur	reinen 🗌 neii	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
	Č	ing – eingeno Brillen, oder		ragen oder wurden d	liese angeraten oder vero	rdnet? nei	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
	(Dioptrier Bei Fehls vereinba	nwerte ab +8. sichtigkeit gi rt: für Tarif A	/–8 bitte angeben.) ilt für die jeweilia AE: 2,50 €; für Ta	ge Person ggf. folge	nder monatlicher Zuschl Ec.50: 0,85 €; für Tarif B	ag als		rechts	ju
Nur für Tarife mit Zahn-		n den letzten ei einem Zah		hungen (auch Vorsorg	euntersuchungen) oder Be	hand- nei	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
versicherungs- schutz	wegen Pa	arodontose/P	Parodontitis oder Z	ahnersatz durchgefül	ne Maßnahmen, Behandl art, oder sind solche notw d Kostenplan beifügen.)		ı 🗌 ja	nein	☐ ja
		eine Zahnbe llstellung?	etterkrankung (z. B	. Parodontose, Parod	lontitis) oder eine Zahn-	bzw. nein	ı 🗌 ja	nein	☐ ja
			ttsalter 16 Jahre: den Weisheitszähne	en oder bei Lückensch	luss), die noch nicht ersetzt	sind? neii Anzahl Zähne	ı 🗌 ja	nein Anzahl Zähne	☐ ja
	nen, Teill	kronen und I			ßlich Implantate, Brücker ffenen Zähne einzeln zu z		ı 🗌 ja	nein Anzahl Zähne	☐ ja
	Wer ist Ihr Ha letzte Zahnarz		t?	raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	keiner
	letzte Zahnarz	ztbesuch statt		raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	
		ztbesuch statt Arzt	t?	raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	keiner
	letzte Zahnarz 1. Person	Arzt Zahnarzt	t?	raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	keiner
	letzte Zahnarz	Arzt Zahnarzt Arzt	t?	raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	keiner
	letzte Zahnarz 1. Person	Arzt Zahnarzt	t?	raktiker kann über Ih	ren Gesundheitszustand a	m besten Auskun	ft geben un	d bei welchem Z	keiner
Erläuterungen zu den mit »ja«	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Zahnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge-	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun	ur Wie oft Von wann/ ter- aufge- bis wann?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung	keiner vorhanden Arbeits- unfähig-
	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig-
zu den mit »ja« beantworteten	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zuhnarzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage
zu den mit »ja« beantworteten Fragen	1. Person 2. Person Zu Zu Art Frage Pers. usw Nr. Nr. suc	Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt Arzt Zahnarzt	Name und Anschrift oder Beschwerden, Verlsbefunde (bei Vorsorge- e Untersuchungsergebn	etzungen, Behandlungen, K , Routine- und Kontrollun isse angeben), Art der körp	ur Wie oft Von wann/ t er - aufge- bis wann? er- treten?	m besten Auskun	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor? Seit wan	keiner vorhanden Arbeits- unfähig- keitstage

Weitere Angaben zu den mit »ja« beantworteten	Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der Sie behandelnden Person bz	ZW. (der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt			
Fragen Nr. 1 bis 14								
	-							
	Reicht der vorgese Formular VG 12 al		lie Beantwortung der Fragen nicht aus, so v	ver	wenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt oder unser Anzahl:			
Zusatzangaben	1. Person			:	2. Person			
für Tarif FÖRDER <i>bar.</i>	Geburtsname				Geburtsname			
	Geburtsort		Staatsangehörigkeit] [Geburtsort Staatsangehörigkeit			
	Rentenversicherungsnu	ımmer (12-stellig)] [Rentenversicherungsnummer (12-stellig)			
	Bitte beachten Sie	e, dass der Versi	nerungsnummer ¹ cherungsschutz nach Tarif FÖRDER <i>bar</i> i rnden Person erfüllt werden.] [nui	Es besteht keine Rentenversicherungsnummer ¹ r geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des			
			son ist bisher keine Rentenversicherungs Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu		mmer vergeben. Die zu versichernde Person bevollmächtigt daher die eantragen.			
					lung unwiderruflich, die Zulage für jedes Jahr bei der zentralen Stelle zu aten vom Versicherer an die zentrale Stelle übermittelt werden.			
	Angaben zu der Der Gesetzgeber k			ragt	en Tarif FÖRDER <i>bar</i> an spezielle Voraussetzungen. Diese sind:			
			as 18. Lebensjahr vollendet.	m. 1				
	■ Die zu versicher Entsprechende L	nde Person bezie eistungen ruhen	auch nicht, weil die zu versichernde Perso	ode	itversicherung (PPV) versichert. r PPV und hat auch bisher keine Leistungen aus der SPV oder PPV bezogen. vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger,			
	etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, erhält oder erhalten hat. X Ich bestätige, dass die zu versichernde Person alle Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.							
	Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit für die versicherte Person führt							
	(insbesondere a Mir ist bewusst	uch das Ende d , dass auch unl	er Versicherung in der SPV oder PPV), ur	nve ord	erzüglich in Textform mitzuteilen. erung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertrags-			
	In Tarif FÖRDER <i>b</i>	oar gilt eine Wart	ht in Tarif FÖRDER <i>bar</i> (optional) ezeit von 5 Jahren. Diese entfällt bei unfall ehende Gesundheitsfrage für die zu versich		dingter Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus verzichtet die HALLESCHE auf nde Person bestätigen.			
			-		eigepflichtverletzung (VG 13)« bei den Angaben zum Gesundheitszustand.			
	1. Person			2. Person				
	Hiermit bestätige ich, dass				Hiermit bestätige ich, dass			
					lerung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht, ertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/ oder Rechenstörung zählen nicht			
	dazu) besteht,	_						
			nen anderen Träger einer privaten Pflege rkennung eines Pflegegrades gestellt wurd		ichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit			
		-			oder Fehlbildungen bestehen oder bestanden haben:			

■ Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems: Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS),

Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma

- Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße: Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
- Erkrankungen der Nieren: Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
- Erkrankungen der Lungen: Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
- Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen: Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
- Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
- Sonstige Erkrankungen: Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person kein weiterer Vertrag besteht oder beantragt wurde, für den eine Pflegevorsorgezulage gewährt wird. Ferner bestätige ich, dass die zu versichernde Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

SEPA-Lastschriftmandat

Um am Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, reichen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag bei uns ein.

Datenübermittlung an die Finanzbehörde

Die HALLESCHE wird nach den gesetzlichen Vorgaben die steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge sowie die dazu notwendigen personenbezogenen Daten für Sie und die ggf. in Ihrem Vertrag versicherten Personen an die Finanzbehörde übermitteln.

Bitte teilen Sie uns zur Datenübermittlung die steuerlichen Identifikationsnummern (Steuer-ID) mit. Sofern Sie uns diese nicht angeben, sind wir dazu berechtigt, diese beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

Hinweis: Für eine Übermittlung für versicherte Personen ist in jedem Fall das Geburtsdatum und die Steuer-ID des Versicherungsnehmers erforderlich.

Antragsteller/Versicherungsnehmer	1. Person	2. Person
Steuer-ID (11-stellig)	Steuer-ID (11-stellig)	Steuer-ID (11-stellig)

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« bei den Angaben zum Gesundheitszustand.

Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf den »Seiten 1 bis 6«. 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 auf »Seite 2«.

Unterschriften

Ort/Datum	Eventuelle Rückfragen bitte direkt an den Antragsteller an/über den Vermittler
	Telefon-Nr.
Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen	Fax-Nr.
	Name und Stempel/Unterschrift des Vermittlers
Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen	

Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHE unentbehrlich. Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den »Seiten 3 bis 6«. Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.

- I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
 - 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung
 - 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 - . Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
 - 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
- II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung
- III. Einwilligung in die Einholung von Bonitätsauskünften und in die Verwendung der Ergebnisse

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers
Unterschrift mitversicherte Personen (sofern nicht gesetzlich vertreten)	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit 70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000031444	
Mandatsreferenz »wird nachgeliefert«	

Geburtsdatum

oder per Fax an die 07 11/66 03-3 33

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)

Zahlungsweise:

monatlich

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.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber¹)					Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Or	t			
Zustelladresse (nur falls abweichend):						
Straße und Hausnummer bzw. Postfach		Postleitzahl und Or	t			
Kreditinstitut (Name und BIC)						
IBAN						
	_					
Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmanda	t ist mit dem Zeit	tpunkt der Abga	be der Unte	rschrift gült	ig.	
Bei bestehendem Versicherungsvertrag: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab	1				eingetragen wird, gil ler Abgabe der Unters	
Ort/Datum		Unterschrift des Ko	ntoinhabers			
¹ Sofern Sie als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer/H. bei Neuanträgen/-anmeldungen beim Versicherungsnehmer/Haupt						

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Versicherungsnummer (falls bekannt)

□ vierteljährlich □ halbjährlich □ jährlich (3 % Skonto²)

schutz) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o.g. Adresse, per E-Mail (unter service@hallesche.de) oder telefonisch (unter 0 800/30 20 100) anfordern.

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. mit folgendem

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 FÖRDER*bar* keine jährliche Zahlungsweise möglich.

² Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen.



Empfangsbestätigung

Vermittlernummer	Vermittlername			
Datum des Antrags/der Anmeldung	Versicherungsnummer (falls vorhanden)			
Versicherungsnehmer/Hauptversicherter				
Nachname	Vorname		Geburtsdatum	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich d	en Erhalt der folgenden Unterla	agen vor meiner Ve	rtragserklärung:	
Verbraucherinformation				
Informationsblatt zu Versicherungsp	produkten (PM 450	Version)	
☐ Verbraucherinformation	(VG)	
☐ Allgemeine Informationen gemäß §	3 VVG-InfoV (PM 451 - Version)		
Allgemeine Versicherungsbedingungen	(AVB)			
AVB für die Krankheitskosten- und	` ,	ng (PM 22	- Version)
AVB für die Krankentagegeldversicl		•	- Version	,
AVB für die private Pflege-Pflichtve	_	\	- Version	,
AVB für die Pflegekrankenversicher	_	,	- Version	,
AVB für die ergänzende Pflegekran		`	- Version	,
AVB für die Auslandsreise-Zusatzve		\	- Version	,
Zusatzbedingungen für die Grupper	•	,	Version	,
	iversicitering – imanu	*	version	,
		`		,
		(version		
Tarife				
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version		,	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
Tarif	(Version)	
☐ Tarif	(Version)	
Sonderbedingungen				
Sonderbedingungen	Ver	sion)	
Sonderbedingungen			•	
	(1111 101		,	
Hinweise				
Hinweis zur Anzeigepflichtverletzur	· ·			
Hinweis zu den Folgen einer Nichtz	ahlung der Erstprämie in der Pr	ivaten Pflege-Pflichtv	rersicherung	
Hinweis zum Widerrufsrecht				
Hinweis zum »Lieferanten-Verhalten	nskodex«			
☐ Ausgefüllter Durchschlag des Antr	rags/der Anmeldung auf Krank	enversicherung		
Musgerunter Durenseniug ues Anti-	ingo aci minicianiig ani main	on voi oronor ung		

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten

/G 26 - 12.18

Ort/Datum

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung und der Nichtzahlung der Erstprämie für die Pflege-Pflichtversicherung, sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Bestätigung zur Einkommenshöhe/Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung beantragt habe, dass das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) mein versicherbares Nettoeinkommen (siehe unter »Einkommensberechnung für Krankentagegeld«) der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Sofern ich Arbeitnehmer bin, bestätige ich außerdem, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer meines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHE Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHE Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld – Definition Nettoeinkommen

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

- Arbeitnehmei
- 80 % der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn). Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig mindestens jährlich bezahlt werden.
- Selbstständig Tätige (z. B. Gewerbetreibende und Angehörige freier Berufe einschließlich niedergelassener Ärzte und Zahnärzte)
 80 % des einkommensteuerrechtlichen Gewinns aus dieser selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Bechnung)

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die auf den Bruttoarbeitslohn bzw. den Gewinn entfallende Steuer geringer als die Pauschale von $20\,\%$ ist, kann er verlangen, dass bei der Berechnung des Nettoeinkommens diese tatsächliche Steuerbelastung maßgeblich ist.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld nach Tarif KTAR – Definition Bruttoeinkommen

Das versicherbare Bruttoeinkommen berechnet sich wie folgt:

Tägliches Durchschnitts-Bruttoeinkommen, das der Arbeitnehmer (Geschäftsführer) vom Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezieht.

Diese Regelung gilt nicht für eine anschließende Weiterversicherung in einem anderen Krankentagegeldtarif.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung nur mit Einwilligung der HALLESCHE Krankenversicherung möglich ist. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHE Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Mitversicherung ab Geburt

Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikoprüfung möglich ist, wenn die Voraussetzungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorliegen.

Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für die versicherte Person unzweckmäßig.

Vorversicherer

Hier sind folgende Versicherungen anzugeben: gesetzliche und/oder private Voll- bzw. Zusatz-Krankenversicherungen, Versicherungen für den Pflegefall, Pflegerentenversicherungen (auch bei Lebensversicherern), Betriebsunterbrechungsversicherungen oder sonstige Versicherungen, die auch im Krankheits- oder Pflegefall Leistungen erbringen. Bei Kranken-, Krankentage-, Krankenhaustage- und Pflegetagegeld bitten wir auch um Angabe der Tagegeldhöhe.

Wartezeit/-erlass

Für Vollversicherte (Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung) verzichtet die HALLESCHE Krankenversicherung – mit Ausnahme der Pflegekranken- und Pflege-Pflichtversicherung – auf die Einhaltung von Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung und ggf. auch in der Krankentagegeldversicherung, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Liegen diese Voraussetzungen bei mir nicht vor, kann ein Wartezeiterlass über eine ärztliche Untersuchung (VG 150) auf meine Kosten eingeräumt werden. Für gesetzlich Zusatzversicherte ist der Wartezeiterlass grundsätzlich nur über eine ärztliche Untersuchung auf Kosten des Antragstellers möglich.

Geht der Untersuchungsbefund nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten mit Ausnahme der Pflegeversicherung.

Ein Erlass der Wartezeiten für die Tarife, die Versicherungsschutz im Pflegefall bieten, ist grundsätzlich nicht möglich.

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.

Pflege-Pflichtversicherung – Definition Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter – auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) –, Renten, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb.

Folgende Beträge sind dabei nicht abzuziehen:

Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen.

Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z.B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Grundsätzlich beträgt die Einkommensgrenze für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bzw. die Beitragsvergünstigung für Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartnern 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, also 455 € im Monat (Stand: 1. Januar 2020, aktuelleren Stand ggf. erfragen). Wird das Gesamteinkommen durch die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 450 € im Monat (Stand: 1. Januar 2020, aktuelleren Stand ggf. erfragen). Liegen beide Einkommensarten vor, dann gilt die höhere Einkommensgrenze.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

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 (VVG) 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:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G. Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: $07\,11/66\,03-3\,33$

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; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. 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 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

Ihre

HALLESCHE Krankenversicherung

Datenschutzerklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag bzw. diese Anmeldung bzw. diese Angebotsanforderung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Privaten Krankenversicherung benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach $\S 203$ StGB geschützten Daten

- durch die HALLESCHE Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten <u>zur Risikobeurteilung und zur</u> Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HALLESCHE Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die HALLESCHE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen bzw. -anmeldungen bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung an die HALLESCHE Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung

Die HALLESCHE Krankenversicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und

weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HALLESCHE Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HALLESCHE Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern oder einer anderen Stelle.

Werden hierbei Ihre nach $\S 203$ StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HALLESCHE Krankenversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0 800/30 20 100 angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HALLESCHE Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HALLESCHE Krankenversicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HALLESCHE Krankenversicherung Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre Versicherungsanmeldung bzw. Ihre Angebotsanforderung oder Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die HALLESCHE Krankenversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HALLESCHE Krankenversicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über

Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HALLESCHE Krankenversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HALLESCHE Krankenversicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß §203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHE Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung

Im Rahmen der Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung kann es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrags bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen bzw. -anmeldungen bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung an die HALLESCHE Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und andere nach §203 StGB geschützte Daten durch die HALLESCHE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

III. Einwilligung in die Einholung von Bonitätsauskünften und in die Verwendung der Ergebnisse

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien (z.B. SCHUFA) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Informationen zur SCHUFA entnehmen Sie bitte dem angefügten SCHUFA-Informationsblatt.

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER HALLESCHE Konzern oder eine Auskunftei (z. B. SCHUFA).
- zur Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen zu meiner Person übermittelten Ergebnisse während der ersten fünf Jahre der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

IV. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt seit dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet.

Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.hallesche.de/datenschutz.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HALLESCHE und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HALLESCHE Krankenversicherung a.G.

Reinsburgstraße 10 70178 Stuttgart Telefon: 0711/6603-0

Fax: 0711/6603-333 E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz »Datenschutzbeauftragter« oder per E-Mail unter datenschutz@ hallesche.de.

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die »Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft« verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hallesche.de/code-of-conduct abrufen.

Stellen Sie einen Antrag bzw. eine Anmeldung bzw. eine Angebotsanforderung auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Erstattung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ALTE LEIPZIGER HALLESCHE Konzerns sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

VG 10/1 - 02.20/VG 360-Voll - 08.18

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HALLESCHE Krankenversicherung unterrichtet und um Einwilligung gebeten.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebots-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die im Konzern verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen des Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.hallesche.de/dienstleisterliste entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren nach Beendigung des Vertrages.

5. Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

6. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Königstraße 10a 70173 Stuttgart

7. Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

8. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zum Versicherungsvertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Damit wollen wir Bearbeitungszeiten reduzieren. Die automatisierte Prüfung erfolgt standardisiert in Form regelbasierter Bearbeitungsschritte. Die Entscheidungen beruhen dabei beispielsweise auf der Anwendung verbindlicher tariflicher Regelungen und allgemein gültiger gebührenrechtlicher Vorschriften.

Ergibt die Prüfung eine negative Leistungsentscheidung, informieren wir über die Gründe in unserer Zahlungsmitteilung. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung besteht dann das Recht, dem Prüfungsergebnis zu widersprechen. Der für den Einspruch maßgebliche Standpunkt wird einer manuellen Prüfung und Entscheidung zugeführt.

SCHUFA-Information

schufa

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0; Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen §31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als "logistische Regression" bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

DATENSCHUTZ: DIENSTLEISTERLISTE

Stand: Dezember 2019



Von der HALLESCHE Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktenentsorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
 Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren) 	 Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
 Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen) 	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
 Assistance-Leistungen (Reiserückholdienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte) 	 MD Medicus Assistance Service GmbH Global Medical Management Inc. (GMMI) Anbieter medizinischer Produkte
 Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung) 	MD Medicus Assistance Service GmbHHenner Group
■ Telefonischer Kundenservice	■ Webhelp Holding Germany GmbH

Gemeinsame Stammdatenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Gruppenversicherungsnehmers sowie der versicherten Personen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.

Diese Stammdaten umfassen gemäß Code of Conduct maximal Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

^{*} Liste der Dienstleister gemäß Ihrer »Datenschutzerklärung/Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung«