



HALLESCHÉ

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

Anmeldung zur Gruppenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung 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 HALLESCH 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.

HALLESCH
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Anmeldung zur Gruppenversicherung

Krankenvers.-Nr.	GRP	Pflegevers.-Nr.	GRP 1391	Vermittler-Nr.	GVV-Nr.: 4115, Öffnungsregelung
------------------	-----	-----------------	-------------	----------------	--

Anmeldender/ Hauptversicherter	Zuname/akad. Titel	
	Vorname	Geburtsdatum
	Straße	
	NKZ/PLZ	Wohnort
	Telefon	Fax
	E-Mail	
Diese Angaben sind freiwillig:		

Versicherungsnehmer/ Arbeitgeber
Bundesverband zur Unternehmens-Förderung e.V. Camesstr. 59, 47807 Krefeld Tel.: 02151-5695882 Fax: 03212-1009818 eMail: info@buf-online.de Web: www.buf-online.de

Zu versichernde Personen	1. Person	☐ männlich	☐ weiblich		
	Zuname, Vorname				
	Geburtsdatum		Familienstand		
	☐ Selbstständig	☐ Freiberuflich	☐ Arbeitnehmer	☐ nicht berufstätig	☐ Arbeitgeberbescheinigung erforderlich
	ausgeübte Tätigkeit		Branche		
	Beihilfeberechtigt ☐ als Beamter/Angehör. ☐ als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.				
nach ☐ Bund ☐ Land ☐ ambulant %					

2. Person	☐ männlich	☐ weiblich		
Zuname, Vorname				
Geburtsdatum		Familienstand		
☐ Selbstständig	☐ Freiberuflich	☐ Arbeitnehmer	☐ nicht berufstätig	☐ Arbeitgeberbescheinigung erforderlich
ausgeübte Tätigkeit		Branche		
Beihilfeberechtigt ☐ als Beamter/Angehör. ☐ als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.				
nach ☐ Bund ☐ Land ☐ ambulant %				

Zusatzangaben für Selbstständige	Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit	
	Beginn der derzeitigen Tätigkeit	
	vorher ausgeübte Tätigkeit	
	GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital	Anzahl der Gesellschafter

Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit	
Beginn der derzeitigen Tätigkeit	
vorher ausgeübte Tätigkeit	
GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital	Anzahl der Gesellschafter

Nur bei Abschluss von Krankentagegeld	Nettoeinkünfte (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich) (Definition siehe Rückseite)
	Nettoeinkünfte (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich) (Definition siehe Rückseite)

Versicherungsbeginn	Beginn
	Beginn

Gewünschter Versicherungsschutz	1. Person	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €
	Krankheitskosten-Tarife				
	Krankheitskosten-Tarife				
	Krankheitskosten-Tarife				
	gesetzl. Zuschlag 10 % (nicht bei Zusatzversicherung)				
	Tagegeld-Tarife				
	Tagegeld-Tarife				
	Tagegeld-Tarife				
	Pflege-Tarife				
	Pflege-Tarife				
	MBZ				
	Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1 und Person 2				
Entfallende Tarife					

2. Person	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €
Krankheitskosten-Tarife				
Krankheitskosten-Tarife				
Krankheitskosten-Tarife				
gesetzl. Zuschlag 10 % (nicht bei Zusatzversicherung)				
Tagegeld-Tarife				
Tagegeld-Tarife				
Tagegeld-Tarife				
Pflege-Tarife				
Pflege-Tarife				
MBZ				

Pflege-Pflicht-
versicherung

1. Person

bisher private PPV bei

von

bis

Nachweise über private Versicherungszeit:

☐ anbei

☐ fordert HALLESCHKE an

Immer ausfüllen, wenn beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag (bei eingetragener Lebenspartnerschaft) gewünscht wird:

Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (Definition siehe Rückseite) der zu versichernden Person 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (385,- € im Monat, Stand: 1. Januar 2013, aktuelleren Stand ggf. erfragen) bzw. beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 SGB IV, § 8a SGB IV mehr als 450,- € im Monat (Stand: 1. Januar 2013, aktuelleren Stand ggf. erfragen)?

1. Person

☐ nein

☐ ja

Bei Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern:

Falls der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht mit dieser Anmeldung versichert werden soll, besteht für diesen bereits eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. wurde eine solche beantragt?

1. Person

☐ nein

☐ ja

private PPV bei

besteht seit

Versicherungsbescheinigung:

☐ anbei

2. Person

☐ nein

☐ ja

private PPV bei

besteht seit

Versicherungsbescheinigung:

☐ anbei

Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (vgl. oben) des nicht bei uns zu versichernden Ehegatten/Lebenspartner die genannten Einkommensgrenzen?

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

Vor-
versicherungen
der letzten
3 Jahre

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe Rückseite)

☐ freiwillig versichert

☐ pflichtversichert

Art und Umfang

Tagegeldhöhe (auch GKV)

besteht seit

endet/endete zum

beantragt am

abgelehnt am

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe Rückseite)

☐ freiwillig versichert

☐ pflichtversichert

Art und Umfang

Tagegeldhöhe (auch GKV)

besteht seit

endet/endete zum

beantragt am

abgelehnt am

Angaben zum
Gesundheits-
zustand

☐ Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf dieser Anmeldung, sondern in der »Erklärung vor dem Arzt« (VG 152) gemacht.

Hinweis: Die Anmeldung ist nur gültig, wenn die »Erklärungen vor dem Arzt« für die Personen Nr. vorliegen!

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen. Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf der Rückseite und machen Sie umfassende Angaben. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

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

1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?

☐ nein

☐ ja

2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?

☐ nein

☐ ja

3. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?

☐ nein

☐ ja

4. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.

☐ nein

☐ ja

5. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

☐ nein

☐ ja

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

☐ nein

☐ ja

7. Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?

☐ nein

☐ ja

8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

☐ nein

☐ ja

9. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?

☐ nein

☐ ja

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

☐ nein

☐ ja

11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?

☐ nein

☐ ja

12. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptrienwerte ab + 8/- 8 bitte angeben.) Bei Fehlsichtigkeit gilt für die jeweilige Person ggf. folgender monatlicher Zuschlag als vereinbart: für Tarif AE: 2,50 €; für Tarif BEa.50/BEb.50/BEc.50: 0,85 €; für Tarif BEa.70/BEb.70/BEc.70: 1,20 €; für Tarif BEa.80/BEb.80/BEc.80: 1,35 €.

☐ nein

☐ ja

Nur für Tarife
mit Zahn-
versicherungs-
schutz

13. Finden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) bei einem Zahnarzt statt?

☐ nein

☐ ja

14. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

☐ nein

☐ ja

Art der Behandlung

15. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?

☐ nein

☐ ja

Art der Erkrankung

Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:

16. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?

☐ nein

☐ ja

Anzahl Zähne

17. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)?

☐ nein

☐ ja

Anzahl Zähne

Weitere Angaben
zu den mit »ja«
beantworteten Fragen
Nr. 14, 15 und 17

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der behandelnden Person

**Erläuterungen
zu den mit »ja«
beantworteten
Fragen
Nr. 1 bis 13**

[illegible]

Weitere Angaben
zu den mit »ja«
beantworteten Fragen
Nr. 1 bis 13

[illegible]

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so verwenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt oder unser Formular VG 12 als Anlage.

Anzahl: |

Zahlungsweise: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich (3 % Skonto¹)

Der Mindestbeitrag beträgt 7,50 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.

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

¹ Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung.

**Zustimmung
zur Daten-
übermittlung**

Sofern Sie die Zustimmung zur Datenübermittlung erteilen, wird die HALLESCHKE 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. Die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge mindert sich ggf., sofern diese Zustimmung nicht erteilt wird oder nach Erteilung von dem Recht Gebrauch gemacht wird, sie zu widerrufen.

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

Hinweis: Für eine Übermittlung für versicherte Personen ist in jedem Fall auch die Angabe der Steuer-ID des Hauptversicherten erforderlich.

Anmeldender/**Hauptversicherter**☐

nein

☐

ja

1. Person**2. Person**

Steuer-ID (11-stellig)

Steuer-ID (11-stellig)

Steuer-ID (11-stellig)

**Wichtige
Hinweise für den
Anmeldenden
und Vermittler**

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler in der Anmeldung gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite der Anmeldung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung. 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 der Rückseite.

Unterschriften

Ort/Datum

Eventuelle Rückfragen bitte

☐

direkt an den Anmeldenden

☐

an/über den Vermittler

Unterschrift des Anmeldenden – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen

☐

Telefon-Nr.

☐

Fax-Nr.

Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen

Name und Stempel/Unterschrift des Vermittlers, gleichzeitig als Bestätigung, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig in seiner Gegenwart geleistet wurden.

**Datenschutz-
erklärung**

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHKE unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf der Rückseite dieser Anmeldung. 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 HALLESCHKE 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
3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHKE 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 Anmeldebearbeitung**III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten zur Feststellung des allgemeinen Zahlungsverhaltens (Bonitätsprüfung) und zur Einschätzung künftiger Zahlungsfähigkeit (Scoring)**

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

Unterschriften

Ort/Datum

Unterschrift des Anmeldenden

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«

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

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

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

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

Bei bestehendem Versicherungsvertrag:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

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

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

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

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

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden 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 Ihrer Anmeldung zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Übertragung von Rechten und Pflichten

Die Rechte und Pflichten aus diesem Versicherungsverhältnis werden vom Versicherungsnehmer auf den Hauptversicherten übertragen, insbesondere die Pflicht zur Beitragszahlung. Einzelheiten ergeben sich aus den Zusatzbedingungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigelegt. Dies erleichtert die Prüfung der Anmeldung und beschleunigt die Bearbeitung meiner Anmeldung.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHKE Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat. Dies gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

Bestätigung zur Einkommenshöhe/Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung wünsche, 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 HALLESCHKE Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer/Hauptversicherte an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHKE Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

- Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Einnahmen aus Berufstätigkeit abzüglich Wareneinsatz, Betriebsausgaben, Einkommen- und Kirchensteuer sowie Solidaritätsbeitrag.
- Bei Arbeitnehmern: 80 % des Jahresbruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen.
- Bei niedergelassenen Medizинern/Zahnärzten: 70 % der Praxis-/Honorareinnahmen.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

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

Datenschutzerklärung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

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 diese Anmeldung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

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

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHKE 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. Assistenzgesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHKE Krankenversicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die HALLESCHKE Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HALLESCHKE 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.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHKE Krankenversicherung

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHKE Krankenversicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anmeldebearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHKE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anmeldung 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 HALLESCHKE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anmeldung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die HALLESCHKE 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 der Anmeldung 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 und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Anmeldung an die HALLESCHKE Krankenversicherung übermittelt werden.

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

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

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

Die HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HALLESCHKE Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die HALLESCHKE 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 – HALLESCHKE Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die HALLESCHKE Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HALLESCHKE 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: HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Versicherungsanmeldung oder 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HALLESCHKE 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 HALLESCHKE 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.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HALLESCHKE Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHKE Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Anmeldung gespeichert.

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Anmeldebearbeitung

Im Rahmen der Anmeldebearbeitung 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 HALLESCHKE 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 dieser Anmeldung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in dieser Anmeldung 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 und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Anmeldung 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 Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung allgemeiner personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften. Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann.

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

- zur Anmelde-, 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 Auskunftfei (z. B. Bürgel, Infocore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Anmelde-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung oder eine Auskunftfei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

IV. Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die HALLESCHE Krankenversicherung a. G.

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 unzumutbar.

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. Geben Sie darüber hinaus bitte an, ob derartige Versicherungen derzeit beantragt oder beantragte abgelehnt wurden.

Eintrittsalter

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

Pflege-Pflichtversicherung – 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) –, 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 385,- € im Monat (Stand: 1. Januar 2013, aktuelleren Stand ggf. erfragen). Wird das Gesamteinkommen voll oder zum Teil 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 2013, aktuelleren Stand ggf. erfragen).

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass mit Eingang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung der Versicherungsvertrag zustande kommt. Versicherungsschutz besteht – vorbehaltlich einer eventuell vereinbarten Gesundheitsprüfung – ab dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Eingang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu zwei Monate vor Zugang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung liegen, wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Die Beiträge sowie ggf. erforderliche Risikozuschläge sind ab dem Versicherungsbeginn zu bezahlen.

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 die Versicherungsbestätigung, 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 – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind – 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 in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzahlender 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

Von der HALLESCH 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)	■ Rechtsanwälte Rüdele & Fischbach ■ Fülleborn 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 (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Medizinprodukte)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Anbieter medizinischer Produkte
■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	■ Verwaltungsdienstleistungsunternehmen
■ Telefonischer Kundenservice	■ SELLBYTEL Group GmbH

Gemeinsame Datenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCH Konzern

- | | |
|---|--|
| ■ ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G. | ■ ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH |
| ■ HALLESCH Krankenversicherung a. G. | ■ ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG |
| ■ ALTE LEIPZIGER Versicherung AG | ■ ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG |
| ■ RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH | ■ ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH |
| ■ ALTE LEIPZIGER Bauspar AG | ■ 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), werden die Stammdaten der Antragsteller, Anmeldenden, Interessenten und Versicherten der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCH Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt.

Diese Stammdaten umfassen Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten sowie Sperrvermerke zu Werbung und Markt-/Meinungsforschung.

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 »Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung«