



Antrag auf Krankenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung
- Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Ihr Vermittler

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

unter »Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person« auf den Seiten 1 bis 4 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	Versicherungs-Nr.	Vermittler-Nr. (bei der HALLESCH)	Kunden-Nr. (bei der HALLESCH)	<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
----	----	-------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

Antragsteller/ Versicherungsnehmer

Herr Frau

Zuname/akad. Titel

Vorname Geburtsdatum

Selbstständig Freiberuflich Arbeitnehmer nicht berufstätig

Straße

NKZ/PLZ Wohnort

Telefon (freiwillige Angabe) Fax (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Betrieb bzw. Arbeitgeber

ausgeübte Tätigkeit Branche

Straße

NKZ/PLZ Ort

Telefon (freiwillige Angabe) Fax (freiwillige Angabe)

Zu versichernde Personen

1. Person männlich weiblich

Zuname/akad. Titel

Vorname

Geburtsdatum Familienstand

Selbstständig Freiberuflich Arbeitnehmer nicht berufstätig Arbeitgeberbescheinigung erforderlich

ausgeübte Tätigkeit Branche

Beihilferechtigt als Beamter/Angehör. als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
nach Bund Land ambulant %

Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist:
In welcher Beziehung stehen Sie zum Antragsteller/Versicherungsnehmer?

Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner Kind oder Adoptivkind

Elternteil sonstige Beziehung

2. Person männlich weiblich

Zuname/akad. Titel

Vorname

Geburtsdatum Familienstand

Selbstständig Freiberuflich Arbeitnehmer nicht berufstätig Arbeitgeberbescheinigung erforderlich

ausgeübte Tätigkeit Branche

Beihilferechtigt als Beamter/Angehör. als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
nach Bund Land ambulant %

Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist:
In welcher Beziehung stehen Sie zum Antragsteller/Versicherungsnehmer?

Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner Kind oder Adoptivkind

Elternteil sonstige Beziehung

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 »Seite 1«)

Nettoeinkünfte (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich)
(Definition siehe »Seite 1«)

Vorversicherung der letzten 3 Jahre

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe »Seite 1«)

Art und Umfang Tageltdhöhe (auch GKV)

besteht/bestand seit endet/endete zum

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe »Seite 1«)

Art und Umfang Tageltdhöhe (auch GKV)

besteht/bestand seit endet/endete zum

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe »Seite 1«)

Art und Umfang Tageltdhöhe (auch GKV)

besteht/bestand seit endet/endete zum

Krankenkasse/Versicherer
(Hinweise siehe »Seite 1«)

Art und Umfang Tageltdhöhe (auch GKV)

besteht/bestand seit endet/endete zum

Weitere Angaben zur/zum derzeitigen Krankenkasse/ Versicherer

Bei GKV freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert

Beendet durch Versicherungsnehmer Krankenkasse/Versicherer

Bei GKV freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert

Beendet durch Versicherungsnehmer Krankenkasse/Versicherer

Versicherungsbeginn	1. Person	2. Person
	Beginn	Beginn

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

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

(Die zu versichernde Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.)

FÖRDERbar.					FÖRDERbar.			
------------	--	--	--	--	------------	--	--	--

Der monatliche Beitrag beträgt mindestens 15 € einschließlich Zulage. Die staatliche Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € wird gestundet, bis die Zulage durch die Zentrale Stelle dem Vertrag gutgeschrieben wird.

Hinweis: Bei Mitbeantragung des Tarifs FÖRDERbar wird für diesen ein rechtlich selbstständiger Vertrag mit eigenständigen Versicherungsbedingungen abgeschlossen, der auch getrennt poliziert und abgebucht wird.

Wird der Tarif FÖRDERbar alleine beantragt, so sind nur die Angaben unter »Zusatzangaben für Tarif FÖRDERbar.« zu machen.

Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1	[]	Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 2	[]
---	-----	---	-----

Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1 und Person 2 []

Entfallende Tarife

--	--

Wartezeiterlass

<input type="checkbox"/> Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten <small>(Hinweise siehe »Seite 1«)</small>	<input type="checkbox"/> Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten <small>(Hinweise siehe »Seite 1«)</small>
---	---

Pflege-Pflichtversicherung

Vorversicherungszeiten einer bisher bestehenden privaten Pflege-Pflichtversicherung können sich beitragsvergünstigend auswirken. Außerdem werden sie auf die Wartezeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung angerechnet. Wir können Vorversicherungszeiten bei anderen Versicherungsunternehmen allerdings nur berücksichtigen, wenn und soweit uns diese nachgewiesen werden.

Dazu benötigen wir von Ihnen die endgültige Übertragungswertbescheinigung (Mitteilung zur Höhe der ausgezahlten Übertragungswerte - ÜWA) oder Sie reichen uns eine Versicherungsbescheinigung ein, aus der Beginn und Ende der Vorversicherung hervorgehen.

1. Person anbei <input type="checkbox"/> Übertragungswertbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsbescheinigung	2. Person anbei <input type="checkbox"/> Übertragungswertbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsbescheinigung
--	--

Besteht seit 01.01.1995 durchgehend eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. eine Anwartschaft hierfür?

1. Person <input type="checkbox"/> ja, anbei <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis <input type="checkbox"/> nein	2. Person <input type="checkbox"/> ja, anbei <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis <input type="checkbox"/> nein
---	---

Die Begrenzung auf den Ehegattenhöchstbeitrag/Lebenspartnerhöchstbeitrag wird beantragt:

1. Person <input type="checkbox"/> ja, anbei <input type="checkbox"/> Druckstück VG 10/6 <input type="checkbox"/> nein	2. Person <input type="checkbox"/> ja, anbei <input type="checkbox"/> Druckstück VG 10/6 <input type="checkbox"/> nein
--	--

Bitte immer beantworten, wenn eine beitragsfreie private Pflege-Pflichtversicherung für Kinder (auch Jugendliche, Studenten) beantragt wird:
Die Höhe des monatlichen Gesamteinkommens (Definition siehe »Seite 1«) beträgt:

1. Person <input type="checkbox"/> 0 € (kein Einkommen) <input type="checkbox"/> bis 425 € (bzw. bis 450 €*) <input type="checkbox"/> mehr als 425 € (bzw. mehr als 450 €*)	2. Person <input type="checkbox"/> 0 € (kein Einkommen) <input type="checkbox"/> bis 425 € (bzw. bis 450 €*) <input type="checkbox"/> mehr als 425 € (bzw. mehr als 450 €*)
--	--

* Die höhere Einkommensgrenze von 450 € gilt nur bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung - sog. Minijob

Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:

Name des/eines privat pflegepflichtversicherten Elternteils und wo versichert?

1. Person	2. Person
Zuname, Vorname	Zuname, Vorname
private PPV bei	private PPV bei

anbei Versicherungsnachweis

anbei Versicherungsnachweis

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 HALLESCHER 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 Vertragsabschluss. 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.

HALLESCHER
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 anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

1. Person

2. Person

Größe/cm	Größe/cm
Gewicht/kg	Gewicht/kg

1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorge- und Routineuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?
2. Finden 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 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?
4. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

	1. Person		2. Person	
5. Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung, Behandlung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z.B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel - ggf. auch zur reinen Vorbeugung - eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11. 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 €.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	rechts <input type="text"/>		rechts <input type="text"/>	
	links <input type="text"/>		links <input type="text"/>	

Nur für Tarife mit Zahnversicherungs-schutz

12. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) oder Behandlungen bei einem Zahnarzt statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? (Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan beifügen.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z.B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Ist eine Aufbiss- oder Knirscherschiene vorhanden oder wurde eine solche verordnet bzw. ist eine solche notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:				
16. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne <input type="text"/>		Anzahl Zähne <input type="text"/>	
17. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne, einschließlich Implantate, Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen)? (Bei Brücken sind alle betroffenen Zähne einzeln zu zählen, inklusive Anker- bzw. Pfeilerzähne.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Anzahl Zähne <input type="text"/>		Anzahl Zähne <input type="text"/>	

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt/Heilpraktiker kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt?

	Name und Anschrift		keiner vorhanden
1. Person	Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	Zahnarzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Person	Arzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	Zahnarzt	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 1 bis 15

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde (bei Vorsorge-, Routine- und Kontrolluntersuchungen bitte die Untersuchungsergebnisse angeben), Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft auftreten?	Von wann/ bis wann?	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeits-unfähig-keitstage gesamt?
					nein ja	nein ja		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Weitere Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 1 bis 15

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der Sie behandelnden Person bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt

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:

Zusatzangaben für Tarif FÖRDERbar.

1. Person <input style="width: 100%;" type="text" value="Geburtsname"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Geburtsort"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Staatsangehörigkeit"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Rentenversicherungsnummer (12-stellig)"/>	2. Person <input style="width: 100%;" type="text" value="Geburtsname"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Geburtsort"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Staatsangehörigkeit"/> <input style="width: 100%;" type="text" value="Rentenversicherungsnummer (12-stellig)"/>
---	---

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer ¹ Es besteht keine Rentenversicherungsnummer ¹
 Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif FÖRDERbar nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

¹ Für die zulageberechtigte Person ist bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben. Die zu versichernde Person bevollmächtigt daher die HALLESCHER, eine sogenannte Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen.

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die HALLESCHER mit Antragstellung unwiderruflich, die Zulage für jedes Jahr bei der zentralen Stelle zu beantragen. Die versicherte Person willigt ein, dass die personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Stelle übermittelt werden.

Angaben zu der zu versichernden Person

Der Gesetzgeber knüpft die Versicherungsfähigkeit in dem von Ihnen beantragten Tarif FÖRDERbar an spezielle Voraussetzungen. Diese sind:

- Die zu versichernde Person hat das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde Person ist in der sozialen (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert.
- Die zu versichernde Person bezieht derzeit keine Leistungen aus der SPV oder PPV und hat auch bisher keine Leistungen aus der SPV oder PPV bezogen.

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 auch das Ende der Versicherung in der SPV oder PPV), unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Beantragung Wartezeitverzicht in Tarif FÖRDERbar (optional)

In Tarif FÖRDERbar gilt eine Wartezeit von 5 Jahren. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus verzichtet die HALLESCHER auf die Wartezeit, falls Sie die unten stehende Gesundheitsfrage für die zu versichernde Person bestätigen.
Bitte beachten Sie auch den ausführlichen »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13)« bei den Angaben zum Gesundheitszustand.

1. Person <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass <ul style="list-style-type: none"> ■ keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht, ■ keine kindliche Entwicklungsstörung (Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/ oder Rechenstörung zählen nicht dazu) besteht, ■ keine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit besteht bzw. kein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt wurde ■ und aktuell und/oder in den letzten 5 Jahren keine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen bestehen oder bestanden haben: <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	2. Person <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass <ul style="list-style-type: none"> ■ keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht, ■ keine kindliche Entwicklungsstörung (Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/ oder Rechenstörung zählen nicht dazu) besteht, ■ keine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit besteht bzw. kein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt wurde ■ und aktuell und/oder in den letzten 5 Jahren keine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen bestehen oder bestanden haben: <ul style="list-style-type: none"> ■ 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, Zystenieren
- **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.

Zustimmung zur Datenübermittlung

Sofern Sie die Zustimmung zur Datenübermittlung erteilen, wird die HALLESCHER 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 Versicherungsnehmers erforderlich.

Antragsteller/
Versicherungsnehmer

nein ja

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 4«. 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

Unterschrift des Antragstellers - ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen

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

Eventuelle Rückfragen bitte

direkt an den Antragsteller an/über den Vermittler

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

Name und Stempel/Unterschrift des Vermittlers

Datenschutz-erklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHER unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den »Seiten 2 bis 4«.** Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten zur Feststellung des allgemeinen Zahlungsverhaltens (Bonitätsprüfung) und zur Einschätzung künftiger Zahlungsfähigkeit (Scoring)

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

Unterschriften

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«

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 Lastschritfeinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschritfeinzug 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)

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3% Skonto¹)

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

¹ 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 den Erhalt der folgenden Unterlagen vor meiner Vertragserklärung:

Verbraucherinformation

- Produktinformationsblatt (PM _____ - Version _____._____)
- Verbraucherinformation (VG _____ - Version _____._____)
- Beitragsentwicklung für Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung
 - Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
 - Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
 - Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
 - Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
 - Tarif _____ (Version _____ - _____._____)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

- AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (PM 22 ____ - Version _____._____)
- AVB für die Krankentagegeldversicherung (PM 25 ____ - Version _____._____)
- AVB für die private Pflege-Pflichtversicherung (PM 38u - Version _____._____)
- AVB für die Pflegekrankenversicherung (PM 41 - Version _____._____)
- AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PM 76 ____ - Version _____._____)
- AVB für die Auslandsreise-Zusatzversicherung nach Tarif URZ (PM 62 ____ - Version _____._____)
- Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung - Inland (MG 103 ____ - Version _____._____)
- _____ (Version _____ - _____._____)
- _____ (Version _____ - _____._____)

Tarife

- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)
- Tarif _____ (Version _____ - _____._____)

Sonderbedingungen

- Sonderbedingungen _____ (PM _____ - Version _____._____)
- Sonderbedingungen _____ (PM _____ - Version _____._____)

Hinweise

- Hinweis zur Anzeigepflichtverletzung
- Hinweis zu den Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie in der Privaten Pflege-Pflichtversicherung
- Hinweis zum Widerrufsrecht
- Durchschlag des Antrags/der Anmeldung auf Krankenversicherung, ausgefüllt.**

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten

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

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 Medizinern/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 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 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.

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 – 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 425,- € im Monat (Stand: 1. Januar 2017, 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 2017, aktuelleren Stand ggf. erfragen).

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

I. 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 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 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHE 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 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.

1. 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 und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung 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 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 Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung 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 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 HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung 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 HALLESCHER 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 Antragsprüfung 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 Antragstellung an die HALLESCHER Krankenversicherung übermittelt werden.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung 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 HALLESCHER Krankenversicherung

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung Ihren Versicherungsantrag 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HALLESCHER Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHER Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

Im Rahmen der Antragsbearbeitung 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrages erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag 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 Antragstellung an die HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHER 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 Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHER Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder eine Auskunftstelle (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHER Krankenversicherung oder eine Auskunftstelle 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 Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

V. Datenschutzrechtliche Verhaltensregeln »Code of Conduct«

Die Versicherungsunternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern sind den »Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft« (Code of Conduct) beigetreten. Dieser Verhaltenskodex regelt den Umgang von Versicherungsunternehmen mit den personenbezogenen Daten ihrer Kunden. Aufgrund der dort beschriebenen Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes geht er über die vorangegangenen Punkte der »Datenschutzerklärung«, für die Ihre individuelle Einwilligung erforderlich ist, sowie über die Anforderungen des Datenschutzrechts hinaus.

Der Code of Conduct wurde vom Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) in enger Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) entwickelt.

Wir haben den Wortlaut dieser Verhaltensregeln auf unserer Internetseite www.hallesche.de/code-of-conduct veröffentlicht. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie die Liste der Unternehmen unseres Konzerns, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen (www.hallesche.de/dienstleisterliste). Gerne senden wir Ihnen eine gedruckte Version zu.

Für Rückfragen steht Ihnen der Betriebliche Datenschutzbeauftragte der HALLESCHER (Anschrift: Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart, E-Mail: datenschutz@hallesche.de) gerne zur Verfügung. Hier können Sie auch Ihre Rechte geltend machen hinsichtlich einer Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, der Berichtigung Ihrer Daten, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind, sowie der Löschung oder Sperrung Ihrer Daten, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

DATENSCHUTZ: DIENSTLEISTERLISTE

Stand: Dezember 2015

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)	■ Verwaltungsdienstleistungsunternehmen
■ Telefonischer Kundenservice	■ SELLYBYTEL Group GmbH

Gemeinsame Stammdatenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH
- 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), werden die Stammdaten der Antragsteller, Anmeldenden, Interessenten und Versicherten der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE 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.

Die Legitimationsgrundlage für eine Datenübermittlung an andere Stellen ergibt sich aus der Schweigepflichtentbindungserklärung und aus der Datenschutzerklärung im Versicherungsantrag, in der Anmeldung oder in der Angebotsanforderung. Diese Maßgaben haben auch für die Versicherungsunternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern Gültigkeit. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

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