

Ihr Partner fürs Leben.

ALTE OLDENBURGER 
Private Krankenversicherung

Antrag/Angebotsanfrage

Krankenversicherung und Pflegeversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Auslandsreisekrankenversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag/Ihre Angebotsanfrage 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.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar (innerhalb von 3 Tagen) gegenüber der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta nachzuholen; bitte weisen Sie dann in diesem Formular auf die beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

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, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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. 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.

Wichtige Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.alte-oldenburger.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta, Telefon 0 44 41 / 905 - 0, E-Mail info@alte-oldenburger.de. Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta, Telefon 0 44 41 / 905 - 0, E-Mail info@alte-oldenburger.de.

Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Beratungs- und Informationspflichten

Der Versicherer bzw. Ihr Versicherungsvermittler hat Sie grundsätzlich vor Antragstellung/vor Stellung einer Angebotsanfrage ausführlich zu beraten und die Beratung zu dokumentieren. Etwas anderes gilt nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen, z. B. gesonderter Verzichtserklärung Ihrerseits oder bei Verträgen im Fernabsatz. Darüber hinaus sind Ihnen, rechtzeitig vor Antragstellung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen in Textform mitzuteilen. Nehmen Sie sich vor Unterzeichnung Ihrer Vertragserklärung bitte ausreichend Zeit, diese Unterlagen zur Kenntnis zu nehmen. Im Falle einer Angebotsanfrage werden Ihnen die zuvor genannten Unterlagen zusammen mit dem Angebot des Versicherers übersandt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen, die mir rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung ausgehändigt wurden, erkenne ich an. Bei Angebotsanfrage werden mir die oben genannten Unterlagen zusammen mit dem Angebot des Versicherers zugestellt.

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 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: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta / Postfach 13 63, 49362 Vechta. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04441/905-470.

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, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. 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.

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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Zustandekommen des Vertrages

Antragstellung

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt wird. Bei einer Annahme meines Antrags habe ich die Möglichkeit, entsprechend der vorstehenden Widerrufsbelehrung, den Versicherungsvertrag durch mein 2-wöchiges Widerrufsrecht rückwirkend wieder aufzuheben. Bei Zustellung eines von meinem Antrag abweichenden Versicherungsscheins habe ich darüber hinaus das Recht, innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform zu widersprechen. Über die Einzelheiten werde ich gegebenenfalls entsprechend belehrt.

Angebotsanfrage

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn ich mit meiner schriftlichen Annahmeerklärung das Angebot des Versicherers ausdrücklich annehme und den dem Angebot zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen zustimme. Entsprechend der vorstehenden Widerrufsbelehrung habe ich die Möglichkeit den Vertrag rückwirkend wieder aufzuheben, indem ich von meinem 2-wöchigen Widerrufsrecht Gebrauch mache. Die Widerrufsfrist beginnt 3 Tage nach Versendung meiner schriftlichen Annahmeerklärung an den Versicherer.

Mir ist ferner bekannt, dass die Angebotsanfrage keinen verbindlichen Versicherungsantrag darstellt, ich aber gleichwohl dazu verpflichtet bin, die Angaben zur Person, über den Gesundheitszustand, gegebenenfalls zu den Krankentagegeldtarifen, bestehender oder vergangener Versicherungen verbindlich zu beantworten. Weiter ist es erforderlich, die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutz abzugeben und die Entbindung von der Schweigepflicht zur Risikoprüfung durch den Versicherer zu gewährleisten.

Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten bzw. angefragten Tarifes/der beantragten bzw. angefragten Tarife nichts anderes vorsehen – für die Dauer von zwei Versicherungsjahren fest geschlossen wird und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt. Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind,
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten.
Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58 des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Sektor Versicherungsaufsicht –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Gesetzlicher Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds für die Krankenversicherung der „Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln“ an.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

- Neuantrag
- Angebotsanfrage (Neukunde)
- Änderungsantrag

Versicherungsnummer: _____

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

- Antrag auf Abschluss einer
Auslandsreisekrankenversicherung
Tarife ARK-E / ARK-F

Nähere Informationen zum Zustandekommen des Vertrages durch Antrag oder Angebotsanfrage entnehmen Sie bitte den wichtigen Hinweisen, Erklärungen und Erläuterungen auf Seite 3.

| | | | |
|---|--------------------------|--|---|
| Titel, Vor- und Zuname des Antragstellers/Angebotsanfragenden | Staatsangehörigkeit | Geburtsdatum | verheiratet ¹ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Beruf | Branche | selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | freiberuflich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Straße/Hausnummer | Telefon-Nr. (dienstlich) | Telefon-Nr. (privat) | |
| PLZ/Wohnort | Telefon-Nr. (mobil) | E-Mail | |

Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegepflicht-/Auslandsreisekrankenversicherungsvertrages bzw. wünsche ein entsprechendes Angebot für nachstehend aufgeführte Personen mit den jeweils bezeichneten Tarifen:

Zu versichernde Personen

| Pers. | Vor- und Zuname (Falls abweichende Adresse, bitte angeben) | Geburtsdatum | | | Geschl. m/w | Derzeitige berufliche Tätigkeit? | seit wann? | Körpergröße | Gew. (kg) | Vers.-Beginn |
|-------|---|--------------|----|----|----------------|----------------------------------|------------|-------------|-----------|--------------|
| | | TT | MM | JJ | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |

Reicht der vorgesehene Raum für die Angabe der abweichenden Adresse nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag/zur Angebotsanfrage. Verweisen Sie dann bitte in diesem Formular auf das gesonderte Blatt.

Tarifbezeichnungen und Monatsbeiträge

| Pers. | Tarif | Euro | | Euro | | Euro | | Euro | | Zuschlag gem. § 149 VAG | Tarif ARK-E / ARK-F | EUR |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--|-------------------------|---------------------|-----|
| | | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |

Monatlicher Gesamtbeitrag/EUR _____

Zahlweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Für alle Tarife

| | ja | nein | |
|--|----|------|---|
| Besteht/bestand eine gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung? | | | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ |
| Besteht/bestand eine private Kranken-/Pflegeversicherung oder wurde sie beantragt? | | | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ |
| Besteht Anspruch auf Beihilfe? | | | Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ |
| Besteht Anspruch auf Freie Heilfürsorge? | | | Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____ |
| Beitragsrückstand beim Vorversicherer: Besteht für den Antragsteller/Angebotsanfragenden oder eine zu versichernde Person bei dem bisherigen Krankenversicherer ein Beitragsrückstand? | | | Wenn ja: Ich bin damit einverstanden, dass die ALTE OLDENBURGER hinsichtlich meiner Angabe zum Beitragsrückstand beim Vorversicherer ggf. Nachfrage bei meiner Vorversicherung hält, und entbinde sie zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. |

Nur für Krankentagegeldtarife

| | ja | nein | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Besteht/bestand Anspruch auf Kranken(tage)geldversicherung bei einer gesetzlichen/privaten Krankenversicherung oder wurde sie beantragt? | | | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ |
| Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Sind Sie Mitglied der Berufsgenossenschaft? | | | Pers. 1: Wenn ja, Höhe des Verletztengeldes pro Tag _____ Pers. 2: Wenn ja, Höhe des Verletztengeldes pro Tag _____ |
| Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie? Selbstständig/freiberuflich seit? | Pers. 1: _____ | Pers. 2: _____ | Pers. 1: _____ Pers. 2: _____ |
| Wie hoch ist Ihr Ø Nettoeinkommen pro Jahr? | Pers. 1: _____ | Pers. 2: _____ | |
| Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall? | Pers. 1: _____ Tage/ _____ Wochen | Pers. 2: _____ Tage/ _____ Wochen | |

Wartezeiterlass

- Ich beantrage/wünsche die Anrechnung der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung.
- Ich beantrage/wünsche durch Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes Erlass der Wartezeiten für die Krankheitskostentarife. Die Kosten dieser Untersuchung übernehme ich. Geht der Befundbericht auf dem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung/Angebotsanfrage ein, dann gilt der Antrag/die Angebotsanfrage für den Abschluss einer Versicherung ohne Erlass der Wartezeiten.

¹ Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz

Auch bei einer **Angebotsanfrage** sind die nachfolgenden Angaben über den Gesundheitszustand **unbedingt verbindlich** zu beantworten. Gleiches gilt für die Angaben zur Person, zu den Krankentagegeldtarifen, bestehender oder vergangener Versicherungen.

| Angaben über den Gesundheitszustand | | Pers. 1 | | Pers. 2 | |
|--|--|---------|------|---------|------|
| | | ja | nein | ja | nein |
| <p>Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Detaillierte Informationen zur dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen und Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen! Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.</p> | | | | | |
| 1. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern untersucht oder behandelt? | | | | | |
| 2. Sind Folgen von Krankheiten, Verletzungen verblieben oder bestehen Behinderungen, Missbildungen, Anomalien, eingeschränkte Fertilität/Sterilität oder sind Körperimplantate, Fremdkörper oder Prothesen vorhanden? | | | | | |
| 3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Betäubungsmittel? | | | | | |
| 4. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt? | | | | | |
| 5. Besteht Fehlsichtigkeit (Angaben der Dioptrienwerte) oder Schwerhörigkeit (Vorlage des Tonaudiogramms)? | | | | | |
| 6. Haben in den letzten 5 Jahren zur Beobachtung, Untersuchung oder stationären Behandlung Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden? | | | | | |
| 7. Wurden in den letzten 10 Jahren psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen angeraten, vorgenommen oder haben Suchterkrankungen vorgelegen? | | | | | |
| 8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder eine Hepatitis festgestellt? | | | | | |
| 9. Bestanden in den letzten 3 Jahren Arbeitsunfähigkeiten von zusammenhängend mehr als 10 Kalendertagen? | | | | | |
| <p>Bei Erweiterung/Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes:</p> | | | | | |
| 10. Bestehen/bestanden in den letzten 2 Jahren Krankheiten, wurden Untersuchungen (auch vorsorglich) durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind, bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor? | | | | | |

| Einzelangaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen (für eine Person jeweils hintereinander) | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|----------|----|----|---|------|-------------|----|---------|--|---|
| Pers. | Zu Frage Nr. | Genaue Angaben über die Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Dioptrienwerte usw. | Zeitraum | | | Name und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw. | | Ausgeheilt, | | wenn ja | | Zurückgebliebene Folgen und/oder Erwerbsminderung in % Laborwerte |
| | | | TT | MM | JJ | ja | nein | MM | JJ | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein separat unterschriebenes Beiblatt und verweisen bitte auf diese Anlage: Beiblatt? ja Anzahl: _____

| Nur für Zahntarife | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|-------------------------------|------|---------|------|--|
| 11. Besteht/bestand eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung/Kieferfehlstellung? (Bitte Zutreffendes unterstreichen.) | Pers. 1 | | Pers. 2 | | b) Zahnersatz/Implantat(e) | Pers. 1 | | Pers. 2 | | |
| | ja | nein | ja | nein | | ja | nein | ja | nein | |
| 12. Wurde in den letzten 3 Jahren ein Aufbissbehelf oder eine Schiene eingegliedert oder ist dieses beabsichtigt? | | | | | c) Zahn- oder Kieferregulierung | | | | | |
| 13. Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder sind nachstehend genannte Behandlungen/Maßnahmen eingeleitet/empfohlen? Wenn ja, Fragen a–g beantworten und Heil- und Kostenplan beifügen! | | | | | d) Parodontosebehandlung | | | | | |
| a) Zahnbehandlung | | | | | e) Zahn- oder Kieferoperation | | | | | |
| | | | | | f) On- oder Inlay(s) | | | | | |
| | | | | | g) Verursacht der Zahnersatz Beschwerden oder ist er beschädigt bzw. reparaturbedürftig? | | | | | |
| 14. Anzahl der nicht ersetzten fehlenden Zähne (ohne Weisheitszähne)? Bitte fehl. Zahn/Zähne benennen. | | | | | Anzahl | Pers. 1 | | Pers. 2 | | |
| | | | | | Nummer | | | | | |
| | | | | | Pers. 1 | Pers. 2 | | | | |
| | | | | | ja | nein | ja | nein | | |
| 15. Sind Zahnersatz oder Inlays vorhanden? Wenn ja, Beantwortung der Fragen a–e (nicht Zutreffendes bitte streichen) | | | | | | | | | | |
| Pers. | a) Herausnehmbare Prothese(n). Wann eingesetzt? | b) Brücke(n). Wann eingesetzt? Anzahl? | c) Krone(n)/Veneers. Wann eingesetzt? Anzahl? | d) On-/Inlay(s). Wann eingesetzt? Anzahl? | e) Implantat(e). Wann eingesetzt? Anzahl? | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 16. Letzte Zahnarztbehandlung bzw. -untersuchung | | | | | | | | | | |
| Pers. | MM | JJ | Grund? | | | Name/Anschrift des Zahnarztes | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen wurden mir, entsprechend des anliegenden Bestätigungsschreibens, rechtzeitig vor Antragstellung ausgehändigt.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der 2-wöchigen Widerrufsfrist beginnt.

Die gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen. Zur Prüfung von Beitragsrückständen bei meiner Vorversicherung habe ich diese auf Seite 4 von der Schweigepflicht entbunden.

Zur Bearbeitung des Antrags/der Angebotsanfrage ist es weiterhin erforderlich, die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung auf den Seiten 6 und 7 abzugeben.

Bevor Sie diesen Antrag/diese Angebotsanfrage unterschreiben, lesen Sie sich bitte die wichtigen Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen, besonders hinsichtlich Ihres Widerrufsrechts auf Seite 3 durch. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages und werden mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags/dieser Angebotsanfrage.

| | | |
|--|-------|------------------------------|
| Ort | Datum | Vermittler-Nr. und Name |
| Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers/Angebotsanfragenden (Unterschriften aller zu vers. Personen über 16 Jahre, ggf. gesetzl. Vertreter) | | Unterschrift des Vermittlers |
| | | |

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer DE29ZZZ00000227009

Mandatsreferenz: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Zahlungen für die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und ggf. für die Auslandsreisekrankenversicherung bei dem ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Land

Name des Kreditinstituts

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) des Kontoinhabers

X

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden (nur bei Antragstellung einer Krankheitskostenvollversicherung)

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung zu widerrufen.

Steueridentifikationsnummer aller zu versichernden Personen:

Steuer-ID Pers. 1

Steuer-ID Pers. 2

Steuer-ID Antragsteller/in (falls nicht zu versichernde Person)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Sollten Sie keine Auslandsreisekrankenversicherung abschließen, willigen Sie mit den nachfolgenden Erklärungen auch nur für die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und nicht für den ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. ein.

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 ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., im Folgenden nur ALTE OLDENBURGER genannt, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die ALTE OLDENBURGER 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 (siehe Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ALTE OLDENBURGER (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 ALTE OLDENBURGER

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden 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 ALTE OLDENBURGER übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die ALTE OLDENBURGER in jedem Einzelfall 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 ALTE OLDENBURGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ALTE OLDENBURGER einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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.

Erklärung für den Fall Ihres Todes:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1.– Möglichkeit I).

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

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

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

Die ALTE OLDENBURGER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel EDV-Dienstleistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im Verbund der VGH Versicherungen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ALTE OLDENBURGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ALTE OLDENBURGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt (siehe Seite 8). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.alte-oldenburger.de/datenschutz eingesehen oder bei ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta, Telefon 044 41 / 905 - 0, E-Mail info@alte-oldenburger.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Verbundes der VGH Versicherungen 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die ALTE OLDENBURGER speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ALTE OLDENBURGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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.

| | |
|---|-------|
| Ort | Datum |
| Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers (Unterschriften der zu versichernden Personen über 16 Jahre, ggf. gesetzlicher Vertreter)  | |

Dienstleisterliste

(Anlage zu Punkt 3.2. der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung)

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. arbeiten mit folgenden Stellen und Kategorien von Stellen zusammen, die im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung oder einer Funktionsübertragung für die Unternehmen tätig werden:

| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG | |
|--|---|
| Dienstleister | Übertragene Aufgaben |
| Provinzial Krankenversicherung Hannover AG | Antrags-, Schadens- und Leistungsbearbeitung |
| Landschaftliche Brandkasse Hannover | Revisionsaufgaben |
| AnyCare GmbH | Gesundheitsmanagement |
| avarto infoscore GmbH | Wirtschaftsauskünfte |
| Bridgetec GmbH & Co. KG | Postkonsolidierung, Druck- und Kuvertierservice |
| Deutsche Assistance Service GmbH | Assistancedienstleistungen |
| ivv - Informationsverarbeitung für Versicherungen GmbH | IT-Betrieb, IT-Service, Softwareentwicklung, Softwarewartung und sonstige IT-Leistungen |
| PAV Card GmbH | Erstellung der Versichertenkarte |
| Sanitätshaus müller betten GmbH & Co. KG | Hilfsmittelversorgung |
| SHL Telemedizin GmbH | Servicehotline |

| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. | |
|--|---|
| Dienstleister | Übertragene Aufgaben |
| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG | Datenschutzaufgaben, Risikoprüfung, Schadens- und Leistungsbearbeitung, Bearbeitung von Rechtsfällen, EDV-Leistungen, Inkasso, Exkasso, Vertrieb, Druck- und Kuvertierservice |
| Provinzial Krankenversicherung Hannover AG | Antrags-, Schadens- und Leistungsbearbeitung |
| Landschaftliche Brandkasse Hannover | Revisionsaufgaben |
| Deutsche Assistance Service GmbH | Assistancedienstleistungen |
| ivv - Informationsverarbeitung für Versicherungen GmbH | IT-Betrieb, IT-Service, Softwareentwicklung, Softwarewartung und sonstige IT-Leistungen |
| SHL Telemedizin GmbH | Servicehotline |

| Kategorien der Versicherungsgesellschaften | |
|--|---|
| Kategorien von Dienstleistern | Übertragene Aufgaben |
| Adressermittler | Adressenprüfung |
| Entsorgungsbetriebe | Entsorgung von Dokumenten |
| IT-Dienstleister | EDV-Leistungen |
| Medizinische Gutachter | Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen |
| Ratingagenturen | Kundenumfragen, Unternehmensrating |

Hinweis:

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an die oben genannten Unternehmen erfolgt jeweils ausschließlich streng zweckgebunden, d.h. zum Zweck der Durchführung Ihres Versicherungsvertrages bzw. zum Zweck Ihrer Leistungsregulierung.

Die Übermittlung der Daten an Dienstleister im Falle einer zu Grunde liegenden Funktionsübertragung an Dienstleister im Sinne von Artikel 22 der Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) kann unterbleiben, soweit Sie der Übermittlung aus besonderen persönlichen Gründen widersprochen haben und eine Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse wegen dieser besonderen persönlichen Situation (z.B. wenn durch die Übermittlung eine Gefahr für Ihr Leib und Leben entsteht) dem Interesse der ALTE OLDENBURGER an der Übermittlung zum Zweck der Vertragsdurchführung bzw. Leistungsregulierung überwiegt.