

# Antrag auf Änderung bestehender Tarife in der Krankheitskostenvollversicherung

Name, Vorname (Versicherungsnehmer)		Mitglieds-Nr.
Straße, Hausnummer		Telefon-Nr.
PLZ	Wohnort	Vermittler-Nr.

Versicherungsbeginn / Änderungstermin: 01. \_\_\_\_\_

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

Ihre Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen und zu den anderen risikoeherblichen Fragen (z. B. Beruf, Nettoeinkommen) sind Grundlage für die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos und für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages. Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, alle Ihnen bekannten Umstände zu den gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig anzugeben. Eine schuldhaft Verletzung dieser Verpflichtung kann im Rahmen der §§ 19, 21 VVG zum Verlust des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes durch Rücktritt bzw. Kündigung führen oder zu einer rückwirkenden Anpassung des Vertrages.

## Zu versichernde Personen

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschl.	Ausgeübter Beruf	Tarife	Beitrag/EUR
Person 1			<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.			
Person 2			<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.			

## Gesundheitsverhältnisse

Nähere Angaben zu den nachfolgenden Fragen bitte ausführlich in den vorgesehenen Antwortteil eintragen. Reicht dieser Platz nicht aus, so ist die Beantwortung unter Angabe der Mitgliedsnummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage vorzunehmen und im Antrag auf dieses Blatt zu verweisen. Das gesonderte Blatt bitte unterschreiben.

Körpergröße in cm  
Körpergewicht in kg

	Person 1		Person 2	
	Ja	Nein	Ja	Nein
	01. Fanden in den letzten 5 Jahren Beobachtungen, Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium, einer Reha- oder Kurklinik statt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren ambulante Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen und Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen) durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden oder sonstigen Therapeuten durchgeführt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen (z.B. Anpassungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression) ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt oder sind psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Bestehen chronische Krankheiten (z. B. Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Allergien, organische/ körperliche Fehler (z.B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/ Prothesen (z.B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (z.B. Schmerzen, Schwindel, Bewegungseinschränkungen), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Wird eine Sehhilfe getragen oder ist diese notwendig oder angeraten? Bei „ja“ bitte Dioptrienwerte im Antwortteil angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Suchterkrankung (z.B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit) oder Essstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch statt oder besteht Sterilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Behinderung, Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit? Bei „ja“ bitte Kopie des entsprechenden Bescheides beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bestanden in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Wochen zusammenhängend Arbeitsunfähigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig oder wiederholt Medikamente eingenommen, angewendet (z.B. Tabletten, Tropfen, Inhalation, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde eine HIV-Infektion oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist Zahnersatz, Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung, Zahn- oder Kieferregulierung, Zahn- oder Kieferoperation, Austausch von Amalgamfüllungen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Fehlen Zähne -außer den Weisheitszähnen- die noch nicht ersetzt sind?*) Bei „ja“ bitte Anzahl angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte Datum angeben.**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*) Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) erforderlich. Fehlen mehr als 3 Zähne ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht (1.009) erforderlich.

\*\*) Liegt der letzte Zahnarztbesuch länger als 24 Monate zurück ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) oder ein aktueller zahnärztlicher Befund (1.009) erforderlich.

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist über ihren Gesundheitszustand am besten informiert und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte vollständigen Namen und Adresse angeben.

Person 1	Arzt:		<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
	Zahnarzt:		<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
Person 2	Arzt:		<input type="checkbox"/> keiner vorhanden
	Zahnarzt:		<input type="checkbox"/> keiner vorhanden

### Antwortteil

Bei Vorsorge-/Kontrolluntersuchungen geben Sie bitte an, ob ein Befund erhoben wurde und wenn ja, welcher. Sofern die Untersuchung wegen einer evtl. ehemals bestandenen Erkrankung erfolgte, geben Sie bitte auch diese an.

Die Fragen 1-16 habe ich vollständig beantwortet. Alle dort angegebenen Gesundheitsverhältnisse sind der SDK durch Rechnungsvorlage bekannt.

Frage Nr.	Person Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Gesundheitsstörung, Behandlung, Untersuchung, Kur etc. Art der körperlichen, seelischen bzw. psychischen Störung, Arzneimitteleinnahme und Dosierung	Von wann bis wann?	Operation	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei und liegt Ausheilung vor?			Name und Anschrift des Behandlers, bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
						Seit (Monat/Jahr)			
				<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		<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

### Weitere Tagegeldversicherungen

Besteht oder bestand oder ist beantragt ein/e

Krankentagegeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name	Gesellschaft/SDK-Nr.	von - bis	Höhe des Tagegeldes
Krankenhaustagegeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Pflegezeitgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

### Angaben zur Tätigkeit

#### Selbstständige

Art des Gewerbes	Gewerbeanschrift	Gewerbe angemeldet seit
Beginn der Selbstständigkeit	Anzahl festangestellter Mitarbeiter	Jahresnettoeinkommen

#### Angestellte

Jahresbruttoeinkommen	Jahresnettoeinkommen
Arbeitgeber mit Anschrift	

Besteht Anspruch auf Gehalts-/ Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, für wie viele Wochen? \_\_\_\_\_

Die Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich meinen Antrag innerhalb von 2 Wochen widerrufen kann. Nähere Einzelheiten zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte den weiteren Hinweisen und Erklärungen dieses Antrages. Ich bin damit einverstanden, dass bei einem Versicherungsbeginn, der vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt, auch der Versicherungsschutz, falls vertragliche Wartezeiten dem nicht entgegenstehen, vor Ablauf der Widerrufsfristen beginnt. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden weiteren Hinweise und Erklärungen dieses Vordrucks.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers und der volljährigen zu versichernden Personen	Unterschrift des Vermittlers
------------	--	------------------------------

## Weitere Hinweise und Erklärungen

### 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-Infopflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: vertrag@sdk.de. FAX: 0711 7372-7211. Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

### 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. Dies ist 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor 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.

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung für die

– Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)

– Süddeutsche Lebensversicherung a.G. (SDL)

– Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G. (SDA)

**Hinweis: Die folgende Erklärung gilt für die im Antrag abgeschlossenen Verträge der jeweils betroffenen Unternehmen (SDK, SDL und/oder SDA). Falls spartenspezifisch abweichende Einwilligungen erwünscht sind, können diese in separaten Erklärungen abgegeben werden.**

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, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. medizinische Gutachter, weiterleiten zu dürfen.

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

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA 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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 sie erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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 (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**      **Person1**       **Person2**       **Person3**       **Person4**

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA – 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 SDK, SDL und/oder SDA übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die SDK, SDL und/oder SDA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die SDK, SDL und/oder SDA 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:**      **Person1**       **Person2**       **Person3**       **Person4**

Ich wünsche, dass mich die SDK, SDL und/oder SDA 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 SDK, SDL und/oder SDA einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SDK, SDL und/oder SDA einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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 (SDK) bzw. fünf Jahren (SDL, SDA) nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die SDK, SDL und/oder SDA 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.

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ OPI: \_\_\_\_\_

## 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

### **Gilt nicht für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):**

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 SDK und/oder SDL 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. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**      **Person1**       **Person2**       **Person3**       **Person4**

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).

**Möglichkeit II:**      **Person1**       **Person2**       **Person3**       **Person4**

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

## **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SDK, SDL und/oder SDA**

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

#### **Gilt nicht für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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 SDK und/oder SDL 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 SDK und/oder SDL zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SDK und/oder SDL tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SDK-Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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.sdk.de](http://www.sdk.de) eingesehen oder bei dem/der Datenschutzbeauftragten der SDK, Raiffeisenplatz 5 in 70736 Fellbach, Telefon: 0711 7372-7777 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA 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 SDK, SDL und/oder SDA dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SDK-Unternehmensgruppe 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, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 uns 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 SDK, SDL und/oder SDA tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ OPI: \_\_\_\_\_

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 SDK, SDL und/oder SDA 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**

**Gilt für Verträge mit der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) und der Süddeutschen Lebensversicherung (SDL):**

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

**Gilt für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA 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.

	Antragsteller/in	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in und volljährige mitzuversichernde Personen				

**Nur auszufüllen bei Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren:**

Ort, Datum	Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren*

Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**

**Hinweise zur Unterzeichnung der Erklärung:**

\* Die Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren (frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) ist im entsprechenden Feld erforderlich, sofern bei dieser Einsichtsfähigkeit vorliegt, d.h. Inhalt und Tragweite der abgegebenen Erklärungen können von der Person selbstständig erfasst werden.

\*\* Die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ist immer zu leisten, sofern ein Minderjähriger zwischen 16 und 18 Jahren mitversichert ist.

0.027a/10.15

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ OPI: \_\_\_\_\_

## Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragsstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

## Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, IBAN und BIC, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, IBAN, BIC, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Z. folgende Unternehmen an:

- Süddeutsche Krankenversicherung a.G.,
- Süddeutsche Lebensversicherung a.G.,
- Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Daneben arbeitet unsere Süddeutsche Krankenversicherung a.G. zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Sachversicherungen, Bausparverträge) mit den Volks- und Raiffeisenbanken sowie der Bausparkasse Schwäbisch Hall zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

## Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Folgende Liste beinhaltet die Stellen und Kategorien von Stellen (sowie ggfs. die dazugehörige Firmenadresse), die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder einfache personenbezogene Daten, die nach § 203 StGB geschützt sind, für die SDK-Versicherungsgruppe erheben, verarbeiten oder nutzen. In den Klammern sind die entsprechenden übertragenen Aufgaben festgehalten.

ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Venloer Str. 301-303, 50823 Köln (Kundenumfragen, Unternehmensrating), Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Detekteien (Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung), Fiducia IT AG, Fiduciastr. 20, 76227 Karlsruhe (Datenkommunikation zwischen Genossenschaften und Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und Auslandszahlungen), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand“), PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versichertenkarte), Regionaldirektoren der SDK-Unternehmen (Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts), Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung für die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G.), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

Die aktuelle Liste kann auf [www.sdk.de](http://www.sdk.de) eingesehen werden.

## Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.