Hallesche
ALH Gruppe

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

Antrag auf Krankenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung

Ihr Vermittler

Vors. des Aufsichtsrats: Dr. Walter Botermann · Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettnaker, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek
Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · USt.-IdNr. DE 147802285 · Beiträge zu privaten Kranken- und Pflegekrankenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (§ 4 (1) Nr. 5 b VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei

VG 10/2 – 12.21

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

unter „Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“ auf den Seiten 1 bis 9 finden Sie nähere Informationen zu „Definitionen“, „Hinweisen“ und „Erklärungen“, die für die Antragstellung relevant sind, sowie die „Widerrufsbelehrung“ und die „Datenschutzerklärung“.
Wir bitten Sie, diese „Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“ sowie die „Widerrufsbelehrung“ und 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!

VG 10/2 – 12.21

Antrag auf Krankenversicherung

Hallesche
ALH Gruppe

SC	VD	Versicherungs-Nr.	Vermittler-Nr. (bei der Hallesche)	Kunden-Nr. (bei der Hallesche)	Antragsnummer	☐ Neuantrag ☒ Änderungsantrag
03	67	2.604624.3				

Antragsteller/ Versicherungsnehmer

☒ Herr ☐ Frau

Zuname/akad. Titel: Röhrl
Vorname: Marcel
Geburtsdatum: 07.07.1970
☐ Selbstständig ☐ Freiberuflich ☐ Arbeitnehmer ☐ nicht berufstätig
Straße: Rossallee 20
NKZ/PLZ: D-22941
Wohnort: Bargteheide
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: Röhrl
Vorname: Marcel
Geburtsdatum: 07.07.1970
Staatsangehörigkeit:
Familienstand:
☐ Selbstständig ☐ Freiberuflich ☐ Arbeitnehmer ☐ nicht berufstätig ☐ Arbeitgeberbescheinigung erforderlich
ausgeübte Tätigkeit:
Branche:
Beihilfeberechtigt ☐ als Beamter/Angehör. ☐ als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
nach ☐ Bund ☐ Land: ambulant %

2. Person ☐ männlich ☐ weiblich

Zuname/akad. Titel:
Vorname:
Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:
Familienstand:
☐ Selbstständig ☐ Freiberuflich ☐ Arbeitnehmer ☐ nicht berufstätig ☐ Arbeitgeberbescheinigung erforderlich
ausgeübte Tätigkeit:
Branche:
Beihilfeberechtigt ☐ als Beamter/Angehör. ☐ als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
nach ☐ Bund ☐ Land: ambulant %

Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist: Besteht zwischen Ihnen und dem Antragsteller/Versicherungsnehmer ein Verwandtschaftsverhältnis im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung? **(Definition des Verwandtschaftsverhältnisses siehe „Seite 2")**

☐ nein ☐ ja, Verwandtschaftsverhältnis

☐ nein ☐ ja, Verwandtschaftsverhältnis

Wird die Frage mit „nein" beantwortet, ist für die betroffene Person ein eigenständiger Antrag einzureichen.
Eine Änderung des Verwandtschaftsverhältnisses während der Vertragslaufzeit ist dem Versicherer umgehend mitzuteilen.

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:

Zusatzangaben für Personen aus dem Ausland

Datum der Einreise (TT/MM/JJJJ):
Liegt bereits ein Aufenthaltstitel vor bzw. wird dieser gerade beantragt? ☐ ja ☐ nein
Wenn „nein", beabsichtigen Sie einen Aufenthaltstitel zu beantragen? ☐ ja ☐ nein
Welche Art des Aufenthaltstitels liegt vor oder wird beantragt? ☐ befristet ☐ unbefristet

Datum der Einreise (TT/MM/JJJJ):
Liegt bereits ein Aufenthaltstitel vor bzw. wird dieser gerade beantragt? ☐ ja ☐ nein
Wenn „nein", beabsichtigen Sie einen Aufenthaltstitel zu beantragen? ☐ ja ☐ nein
Welche Art des Aufenthaltstitels liegt vor oder wird beantragt? ☐ befristet ☐ unbefristet

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach dem Hi.Germany-Tarifprogramm nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter der „Erklärung für Personen aus dem Ausland" erfüllt sind.

Nur bei Abschluss von Krankentagegeld

Monatliches Nettoeinkommen (bei Arbeitnehmern erst ab 140 € KT erforderlich) **(Definition Nettoeinkommen siehe „Seite 1")**

Monatliches Nettoeinkommen (bei Arbeitnehmern erst ab 140 € KT erforderlich) **(Definition Nettoeinkommen siehe „Seite 1")**

Vorversicherung der letzten 12 Monate

Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe „Seite 1")
Art und Umfang:
Tagegeldhöhe (auch GKV):
besteht/bestand seit:
endet/endete zum:

Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe „Seite 1")
Art und Umfang:
Tagegeldhöhe (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

☐ Freie Heilfürsorge

Bei GKV
☐ freiwillig versichert
☐ pflichtversichert
☐ familienversichert

Beendet durch
☐ Versicherungsnehmer
☐ Krankenkasse/Versicherer

☐ Freie Heilfürsorge

Versicherungsbeginn	**1. Person**	Beginn	**2. Person**	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								
Krankheitskosten-Tarife								
Krankheitskosten-Tarife								
gesetzl. Zuschlag 10% (nicht bei Zusatzversicherung)								
Tagegeld-Tarife								
Tagegeld-Tarife								
Tagegeld-Tarife								
Tagegeld-Tarife								
Pflege-Tarife								
Pflege-Tarife								
Pflege-Tarife								
MBZ								

Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1 _____ **Monatlicher Gesamtbeitrag** für Person 2 _____

Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1 und Person 2 _____

Entfallende Tarife _____ _____

Wartezeiterlass

☐ Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten **(Hinweise siehe „Seite 1“)**

☐ Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten **(Hinweise siehe „Seite 1“)**

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 ☐ Übertragungswertbescheinigung ☐ Versicherungsbescheinigung

2. Person anbei ☐ Übertragungswertbescheinigung ☐ Versicherungsbescheinigung

Besteht seit 01. 01. 1995 durchgehend eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. eine Anwartschaft hierfür?

1. Person ☐ ja, anbei ☐ Versicherungsnachweis ☐ nein

2. Person ☐ ja, anbei ☐ Versicherungsnachweis ☐ nein

Die Begrenzung auf den Ehegattenhöchstbeitrag/Lebenspartnerhöchstbeitrag wird beantragt:

1. Person ☐ ja, anbei ☐ Druckstück VG 10/6 ☐ nein

2. Person ☐ ja, anbei ☐ Druckstück VG 10/6 ☐ 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 ☐ 0 € (kein Einkommen) ☐ bis 470 € ☐ mehr als 470 €

2. Person ☐ 0 € (kein Einkommen) ☐ bis 470 € ☐ mehr als 470 €

Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:
Name des/eines privat pflegepflichtversicherten Elternteils und wo versichert?

1. Person Zuname, Vorname _____ private PPV bei _____ anbei ☐ Versicherungsnachweis

2. Person Zuname, Vorname _____ private PPV bei _____ anbei ☐ Versicherungsnachweis

Angaben zum Gesundheitszustand

☐ **Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf diesem Antrag, sondern in der „Erklärung vor dem Arzt" (VG 152) gemacht.**

Hinweis: Der Antrag ist nur gültig, wenn die „Erklärungen vor dem Arzt" für die Personen Nr. _____ vorliegen!

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

VG 13 – 01.21

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?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt? (Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. – Definition „Eintrittsalter" siehe „Seite 1".)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4. Findet derzeit oder fand in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
8. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls „ja", bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
10. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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 €.**	☐ nein ☐ ja rechts links	☐ nein ☐ ja rechts links

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz

12. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) oder Behandlungen bei einem Zahnarzt statt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ 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.)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:		
15. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	☐ nein ☐ ja Anzahl Zähne	☐ nein ☐ ja Anzahl Zähne
16. 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.)	☐ nein ☐ ja Anzahl Zähne	☐ nein ☐ ja Anzahl Zähne
Nur zu beantworten, wenn eine Zahn-Zusatzversicherung beantragt wird:		
17. Ist eine Aufbiss- oder Knirscherschiene vorhanden oder wurde eine solche verordnet bzw. ist eine solche notwendig?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

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		☐
	Zahnarzt		☐
2. Person	Arzt		☐
	Zahnarzt		☐

Erläuterungen zu den mit „ja" beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14

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 aufgetreten?	Von wann/ bis wann?	Operation? nein	Operation? ja	Liegt völlige Ausheilung vor? nein	Liegt völlige Ausheilung vor? ja	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14

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 aufgetreten?	Von wann/ bis wann?	Operation? nein	Operation? ja	Liegt völlige Ausheilung vor? nein	Liegt völlige Ausheilung vor? ja	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		

Weitere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 14

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: ____

SEPA-Lastschriftmandat

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

Datenübermittlung an die Finanzbehörde

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

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

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

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

Erklärung für Personen aus dem Ausland

Erklärung des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person die Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit erfüllt sind und

- ein Wohnsitz in Deutschland bereits besteht oder spätestens mit Beginn des Vertrages vorliegt,
- ein Aufenthaltstitel bereits besteht oder gerade beantragt wird oder die Beantragung geplant ist, und
- zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns keine Absicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder ein Anspruch auf freie Heilfürsorge bzw. im Sinne einer Beihilfeverordnung besteht.

Ich verpflichte mich, jede Änderung unverzüglich in Textform mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass Falschangaben den Versicherungsschutz gefährden. Bitte beachten Sie hierzu den **„Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“** bei den Angaben zum Gesundheitszustand.

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 9“. 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 in dem beiliegenden Druckstück „Widerrufsbelehrung“ auf den „Seiten 3 bis 5“.

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

Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Hallesche unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den „Seiten 6 bis 9“. Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.**

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

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

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

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

Hallesche
ALH Gruppe

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz
„wird nachgeliefert“

Hallesche
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

oder per Fax an die 0711 6603-333

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

Vorname und Zuname (Kontoinhaber[1])

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

[1] Sofern Sie als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer/Hauptversicherter sind, können Sie die „Informationen zur Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung“ bei Neuanträgen/-anmeldungen beim Versicherungsnehmer/Hauptversicherten einsehen. Diese Informationen finden Sie auch im Internet (unter www.hallesche.de/datenschutz) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o. g. Adresse, per E-Mail (unter service@hallesche.de) oder telefonisch (unter 0800 3020-100) anfordern.

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 % Skonto[2])

Für den Tarif VSAplus kann keine Zahlungsweise gewählt werden, da es sich um einen „Einmalbeitrag“ handelt.
Um die Zulageberechtigung nicht zu gefährden, ist im Tarif FÖRDER*bar* keine jährliche Zahlungsweise möglich.

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

Hallesche
ALH Gruppe

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

- ☐ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (PM 450 _____ – Version _____._____)
- ☐ Verbraucherinformation (VG _____ – Version _____._____)
- ☐ Allgemeine Informationen gemäß § 3 VVG-InfoV (PM 451 – 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 _____ _____ – _____._____)
- ☐ 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: „Widerrufsbelehrung“ (VG _____ – Version _____._____)
- ☐ Hinweis zum „Lieferanten-Verhaltenskodex“

☐ **Ausgefüllter Durchschlag des Antrags/der Anmeldung auf Krankenversicherung**

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 – Definition Nettoeinkommen

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

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

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

Einkommensberechnung für Krankentagegeld nach Tarif KTAR – Definition Bruttoeinkommen

Das versicherbare Bruttoeinkommen berechnet sich wie folgt:

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

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

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

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

Mitversicherung ab Geburt

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

Versichererwechsel

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

Vorversicherer

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

Wartezeit/-erlass

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

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

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

Eintrittsalter

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

Pflege-Pflichtversicherung – Definition Gesamteinkommen

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

Folgende Beträge sind dabei **nicht abzuziehen:**
Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. 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 470 € im Monat (Stand: 1. Januar 2022, 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.

Definition des Verwandtschaftsverhältnisses

Angehöriger im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung sind

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft*
- Geschwister und deren Ehegatten/Lebenspartner, Geschwister der Ehegatten/Lebenspartner*
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder
- Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern

*auch wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

Widerrufsbelehrung zur Vollversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

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: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer 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. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ihre
Hallesche Krankenversicherung

Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

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: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer 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. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

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

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

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

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

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

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 bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten 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 Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Die Hallesche Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Die Hallesche Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe oder einer anderen Stelle.

Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

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

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: Hallesche Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0 800 3020-100 angefordert werden.

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

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- zur Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Hallesche Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe oder eine Auskunftei (z. B. SCHUFA).

- zur Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Hallesche Krankenversicherung oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

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

IV. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

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

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

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

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

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

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon: 0711 6603-0
Fax: 0711 6603-333
E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

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

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.
Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hallesche Krankenversicherung unterrichtet und um Einwilligung gebeten.

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

Datenverarbeitung in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer ALH Gruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der ALH Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr.

Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen der ALH Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der ALH Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

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

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

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

4. Dauer der Datenspeicherung

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

5. Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

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

6. Beschwerderecht

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

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

7. Bonitätsauskünfte

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

8. Datenübermittlung in ein Drittland

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

9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

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

SCHUFA-Information

Stand: 10.2020

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

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

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

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

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte ermittelt und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Neben den vorgenannten Zwecken verarbeitet die SCHUFA personenbezogene Daten auch zu internen Zwecken (z.B. Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten, Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten, Forschung und Entwicklung insbesondere zur Durchführung interner Forschungsprojekte (z.B. SCHUFA-Kreditkompass) oder zur Teilnahme an nationalen und internationalen externen Forschungsprojekten im Bereich der genannten Verarbeitungszwecke sowie Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs). Das berechtigte Interesse hieran ergibt sich aus den jeweiligen Zwecken und ist im Übrigen wirtschaftlicher Natur (effiziente Aufgabenerfüllung, Vermeidung von Rechtsrisiken). Es können auch anonymisierte Daten verarbeitet werden. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

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

2.3 Herkunft der Daten

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

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

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über nicht erfüllte Zahlungsverpflichtungen wie z.B. unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie z.B. Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen (z.B. Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen)
- Daten aus Compliance-Listen
- Informationen ob und in welcher Funktion in allgemein zugänglichen Quellen ein Eintrag zu einer Person des öffentlichen Lebens mit übereinstimmenden Personendaten existiert
- Anschriftendaten
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Dauer. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Dauer ist die Erforderlichkeit der Verarbeitung zu den o.g. Zwecken. Im Einzelnen sind die Speicherfristen in einem Code of Conduct des Verbandes „Die Wirtschaftsauskunfteien e. V." festgelegt (einsehbar unter www.schufa.de/loeschfristen). Angaben über Anfragen werden nach 12 Monaten taggenau gelöscht.

3. Betroffenenrechte

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

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

4. Profilbildung (Scoring)

Neben der Erteilung von Auskünften über die zu einer Person gespeicherten Informationen unterstützt die SCHUFA ihre Vertragspartner bei deren Entscheidungsfindung durch Profilbildungen, insbesondere mittels sogenannter Scorewerte. Dies hilft z. B. dabei, alltägliche Kreditgeschäfte rasch abwickeln zu können.

Unter dem Oberbegriff der Profilbildung wird die Verarbeitung personenbezogener Daten unter Analyse bestimmter Aspekte zu einer Person verstanden. Besondere Bedeutung nimmt dabei das sogenannte Scoring im Rahmen der Bonitätsprüfung und Betrugsprävention ein. Scoring kann aber darüber hinaus der Erfüllung weiterer der in Ziffer 2.1 dieser SCHUFA-Information genannten Zwecke dienen. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse oder Verhaltensweisen erstellt. Anhand der zu einer Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit eine ähnliche Datenbasis aufwiesen.

Zusätzlich zu dem bereits seit vielen Jahren im Bereich des Bonitätsscorings etablierten Verfahren der Logistischen Regression, können bei der SCHUFA auch Scoringverfahren aus den Bereichen sogenannter Komplexer nicht linearer Verfahren oder Expertenbasierter Verfahren zum Einsatz kommen. Dabei ist es für die SCHUFA stets von besonderer Bedeutung, dass die eingesetzten Verfahren mathematisch-statistisch anerkannt und wissenschaftlich fundiert sind. Unabhängige externe Gutachter bestätigen uns die Wissenschaftlichkeit dieser Verfahren. Darüber hinaus werden die angewandten Verfahren der zuständigen Aufsichtsbehörde offengelegt. Für die SCHUFA ist es selbstverständlich, die Qualität und Aktualität der eingesetzten Verfahren regelmäßig zu prüfen und entsprechende Aktualisierungen vorzunehmen.

Die Ermittlung von Scorewerten zur Bonität erfolgt bei der SCHUFA auf Grundlage der zu einer Person bei der SCHUFA gespeicherten Daten, die auch in der Datenkopie nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Anhand dieser bei der SCHUFA gespeicherten Informationen erfolgt dann eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit eine ähnliche Datenbasis aufwiesen. Für die Ermittlung von Scorewerten zur Bonität werden die gespeicherten Daten in sogenannte Datenarten zusammengefasst, die unter www.schufa.de/scoring-faq eingesehen werden können. Bei der Ermittlung von Scorewerten zu anderen Zwecken können auch weitere Daten(arten) einfließen. Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besonders sensible Daten nach Art. 9 DS-GVO (z.B. ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden bei der SCHUFA nicht gespeichert und stehen daher für die Profilbildung nicht zur Verfügung. Auch die Geltendmachung der Rechte der betroffenen Person nach der DS-GVO, wie z. B. die Einsichtnahme in die zur eigenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Daten nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Profilbildung. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen des § 31 BDSG.

Mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person bspw. einen Baufinanzierungskredit zurückzahlen wird, muss nicht der Wahrscheinlichkeit entsprechen, mit der sie eine Rechnung beim Versandhandel termingerecht bezahlt. Aus diesem Grund bietet die SCHUFA ihren Vertragspartnern unterschiedliche branchen- oder sogar kundenspezifische Scoremodelle an. Scorewerte verändern sich stetig, da sich auch die Daten, die bei der SCHUFA gespeichert sind, kontinuierlich verändern. So kommen neue Daten hinzu, während andere aufgrund von Speicherfristen gelöscht werden. Außerdem ändern sich auch die Daten selbst im Zeitverlauf (z. B. die Dauer des Bestehens einer Geschäftsbeziehung), sodass auch ohne neue Daten Veränderungen auftreten können.

Wichtig zu wissen: Die SCHUFA selbst trifft keine Entscheidungen. Sie unterstützt die angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Auskünften und Profilbildungen bei der Entscheidungsfindung. Die Entscheidung für oder gegen ein Geschäft trifft hingegen allein der direkte Geschäftspartner. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen verlässt. Weitere Informationen zu Profilbildungen und Scoring bei der SCHUFA (z.B. über die derzeit im Einsatz befindlichen Verfahren) können unter www.schufa.de/scoring-faq eingesehen werden.

Datenschutz: Dienstleisterliste

Stand: Juni 2021

Hallesche
ALH Gruppe

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, Wiesbaden • Creditreform e. V., Neuss • Arvato Infoscore GmbH, Baden-Baden
• Datenträger-/Aktenentsorgung	• Entsorgungsunternehmen • documentus GmbH, Stuttgart
• Digitale Kommunikation	• Serviceware SE, Bad Camberg • mailingwork GmbH, Oederan
• Druck-/ Kuvertierarbeiten und Versand	• Druckereien und Postdienstleister
• Durchführung von Web-Konferenzen und Bereitstellung einer Konferenz-Plattform	• CSN Communication Service Network GmbH, Düsseldorf
• Endkundenplattform „fin4u“	• fundsaccess AG, BANKSapi GmbH, München
• Endkundenplattform „hallesche4u“	• SDA SE Open Industry Solutions, Hamburg
• Firmenkundenportal in der betrieblichen Krankenversicherung	• eVorsorge Systems GmbH, München
• Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	• Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg • KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg
• Immobilien	• Verwalter, Hausmeisterdienste, Handwerker, Abrechnungsunternehmen, Architekten, Fachanwälte, Immobilienmakler, IT-Dienstleister, Projektentwickler
• IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung, Archivierung von aufbewahrungspflichtigen Daten, System-Beratung und -Unterstützung)	• Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
• Marktforschung (Marktanalysen, Servicestudien, Kundenbefragungen auch im Rahmen von Ratings)	• Marketing-/ Marktforschungsunternehmen, Ratingagenturen • ASSEKURATA (Ratingagentur), Köln
• Servicekartenherstellung („Card für Privatversicherte“)	• Giesecke & Devrient GmbH, München
• Treuhänderische Tätigkeiten	• Treuhänder
• Videoberatung (Bereitstellung der Infrastruktur für web-basierte Videochats)	• Flexperto, Frankfurt a. M.

* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer „Datenschutzerklärung/Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“

DS 10 – 06.21

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart, Betrieblicher Datenschutzbeauftragter, E-Mail: datenschutz@hallesche.de

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, Pflegedienstleistungen/-abrechnungen, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte)	• MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen • Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln • Global Medical Management Inc. (GMMI), Pembroke Pines, Florida (USA) • Anbieter medizinischer Produkte
• Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	• MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen • Henner Group, Paris
• Erstellung von medizinischen Gutachten, Beauftragung von medizinischen Nachuntersuchungen	• Ärztlicher Dienst der Hallesche • Medizinische Gutachter
• Juristische Beratung	• Rechtsanwälte
• Telefonischer Kundenservice	• Webhelp Holding Germany GmbH, Nürnberg
• Übersetzungen von Auslandsrechnungen	• Übersetzungsbüros
• Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)	• IBM Deutschland, Ehningen • Digi-Texx, München

Datenverarbeitung in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe (ALH Gruppe)

Zur ALH Gruppe gehören folgende Gesellschaften

- Alte Leipziger Lebensversicherung a. G.
- Hallesche Krankenversicherung a. G.
- Alte Leipziger Versicherung AG
- Alte Leipziger Holding AG
- Alte Leipziger Bauspar AG
- Alte Leipziger Trust Investment-Gesellschaft mbH
- Alte Leipziger Treuhand GmbH
- Alte Leipziger Pensionskasse AG
- Alte Leipziger Pensionsfonds AG
- Alte Leipziger Pensionsmanagement GmbH

Gemeinsame Verarbeitung von Stammdaten

- Die Stammdaten umfassen gemäß „Code of Conduct“ (Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft) Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.

  Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Versicherungsnehmers und Hauptversicherten sowie der versicherten Personen in der ALH Gruppe in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.
- Ansonsten bestehen für die Daten der jeweiligen Unternehmen der ALH Gruppe getrennte Datenhaltungen und Datennutzungen. Dies erfolgt im Einklang mit der aufsichtsrechtlich geforderten Spartentrennung.

Verarbeitung personenbezogener Daten in der ALH Gruppe

- Bestimmte Aufgaben in der ALH Gruppe werden unternehmensübergreifend wahrgenommen. Hierbei kann es erforderlich sein, dass auch personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Verarbeitung ist dann über Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO („Berechtigte Interessen“) legitimiert oder über Art. 26 DSGVO („Gemeinsam Verantwortliche“) oder über Art. 28 DSGVO („Auftragsverarbeitung“) oder durch arbeitsvertraglich festgelegte Verantwortlichkeiten geregelt.

  Es handelt sich dabei um folgende Tätigkeitsbereiche:
  - Betrieblicher Datenschutz
  - Betriebsorganisation
  - Compliance
  - Immobilienmanagement
  - Informationssicherheitsbeauftragter
  - Interne Revision
  - IT-Technik
  - Marketing
  - Personalwesen
  - Rechnungswesen
  - Rechtsabteilung
  - Risikomanagement
  - Vertriebsverwaltung
  - Vorstandsbereich

Hinweis: Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Informationen dazu können Sie bei uns anfordern.