

Bitte vier gekennzeichnete Seiten
einsenden an:
SüGa Versicherungsmakler GmbH
Hauptstr. 43, 08294 Löbnitz
eMail: info@suega.de
Fax: 03771-33256



HALLESCH
Private Krankenversicherung

**Volle Leistung
zum flexiblen Beitrag!**



OLGAflex: Pflegevorsorge, die immer passt!

Pflege-Schutzbrief OLGAflex – Antrag

Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen.

Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters. Durch einen schweren Unfall oder eine tückische Erkrankung kann es jeden treffen – schon durch eine kleine Unachtsamkeit im täglichen Leben.

Vom Pflegefall zum Sozialfall?

Wer frühzeitig die richtige Vorsorge trifft, gerät später nicht in eine finanzielle Schieflage. Denn die Leistung der gesetzlichen Pflegekasse reicht nicht aus, um die durchschnittlich anfallenden Kosten abzudecken. Immer mehr Pflegebedürftige werden zum Sozialfall.

Beispiel: Eigenanteil im Pflegeheim für die Pflegegrade 2 – 5*

Monatlicher Eigenanteil der Pflegekosten inkl. Fixkosten (u. a. Unterkunft/Verpflegung)	2.326 €
Eigenanteil nach 7 Jahren	195.384 €

Kinder haften für ihre Eltern

Zur Deckung der Kosten prüft das Sozialamt auch das Vermögen des Ehepartners und der Kinder, die unterhaltspflichtig sind. Auch auf Erspartes, Sachvermögen oder Grundbesitz der Angehörigen kann unter Umständen zugegriffen werden.

Was kann ich tun?

Der Pflege-Schutzbrief *OLGAflex* der HALLESCHE hilft Ihnen diese finanzielle Versorgungslücke zu schließen.

*Stand November 2016, ** PG – Pflegegrad, *** absicherbar durch *OLGAflex* mit 80 € Tagegeld
Quelle: eigene Berechnung (Schätzung)

Pflege-Schutzbrief *OLGAflex*



Olga Romanowa war im 19. Jahrhundert die Schirmherrin der ersten Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die HALLESCHE, als Erfinder der Pflegeversicherung, bietet mit *OLGAflex* hervorragenden Schutz zum flexiblen Beitrag.

HALLESCHE: »Erfinder« der Pflegeversicherung

Bei der HALLESCHE ist Ihre Zukunft in besten Händen: Als erster bundesweiter Anbieter einer Pflegeversicherung in Deutschland bietet Ihnen die HALLESCHE exzellentes Know-how und über 30 Jahre Erfahrung in Sachen Pflege.

Schließen Sie Ihre finanzielle Lücke mit *OLGAflex*

Der Eigenanteil im Pflegeheim beträgt pro Monat 2.326 € (PG** 2-5) bzw. 27.912 € pro Jahr.

Leistung Tarif
*OLGAflex****:
2.400 € pro Monat

28.800 €

27.912 €

Jährlicher
Eigenanteil für
Pflegegrad 2-5

HALLESCHE Optionsrecht: Lebenslange Garantie, um infolge gesetzlicher Änderungen in neue Tarife zu wechseln.

Voller Pflegeschutz zum flexiblen Beitrag. Genauso wie es Ihnen passt.



OLGAflex ermöglicht durch die flexible Beitragsgestaltung jedem die optimale Pflegeabsicherung: mit vollem Schutz von Anfang an.

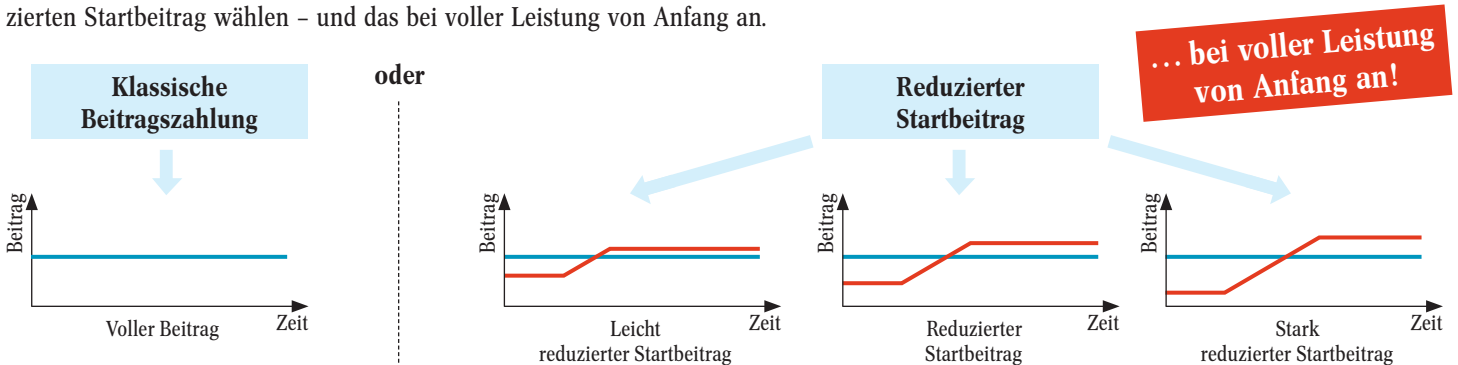
Vorteile von OLGAflex

- Bis zu 4.500 € Pflegegeld im Monat extra (150 € pro Tag)
- 100 % bei vollstationärer Pflege bereits ab PG 2
- Werterhaltungsgarantie = lebenslange Dynamisierung
- 2. Chance: Alternative Pflegeeinstufung zur Gesetzlichen
- Extrazahlung: einmalig bis zu 9.000 € in PG 4 oder 5
- Unfallhilfe: zusätzlich bis zu 22.500 € in PG 4 oder 5
- Beitragsbefreiung ab PG 4
- Weltweite Geltung
- Umfangreiche Assistance-Leistungen
- Flexible Beitragszahlung: reduzierter Startbeitrag & flexible Beitragsreduktion bis zum 60. Lebensjahr möglich

Ihre Pflege-Leistung	OLGAflex	
	ambulant	stationär
Leistung bei PG*		
PG 1	10 %	10 %
PG 2	30 %	100 %
PG 3	70 %	100 %
PG 4	100 %	100 %
PG 5	100 %	100 %

OLGAflex hilft! Für jeden den passenden Beitrag.

In manchen Lebenssituationen kann der finanzielle Spielraum eingeschränkt sein. Viele verzichten daher ganz auf die notwendige Pflegeabsicherung oder wählen diese zu niedrig. Mit OLGAflex können Sie die Höhe Ihres Beitrags flexibel gestalten und einen reduzierten Startbeitrag wählen – und das bei voller Leistung von Anfang an.



OLGAflex kann flexibel an Ihre aktuelle Lebenssituation angepasst werden, wie z. B.:

Studium, Eigenheimfinanzierung, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, ... auch im laufenden Vertrag ist die Beitragsreduktion möglich.

* PG – Pflegegrad. Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen nach Tarif OLGAflex ergibt.

HALLESCHE Optionsrecht: Lebenslange Garantie, um infolge gesetzlicher Änderungen in neue Tarife zu wechseln.

Sie möchten von den Leistungen und Vorteilen unserer privaten Zusatzabsicherung profitieren?
Dann trennen Sie bitte die folgenden Unterlagen aus diesem Heft heraus:

- Antrag auf private Zusatzversicherung,
- Empfangsbestätigung **und**
- SEPA-Lastschriftmandat.

Bitte senden Sie **diese** Unterlagen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** an folgende Adresse:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
70166 Stuttgart

Sie erhalten dann in Kürze von uns Antwort.

Vielen Dank!

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der 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 Gefahrsicherung 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

Antrag
- Pflege-Schutzbrief (Tarif OLGAflex)

Versicherungsnummer

Vermittlernummer **483971**



Name/Vorname
 Straße
 PLZ Wohnort

Geburtsdatum
 männlich (m) weiblich (w)

Telefon (freiwillige Angabe)
 Fax (freiwillige Angabe)
 E-Mail (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung für die zu versichernden Personen

1. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
2. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
3. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
4. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)

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

Versicherungsbeginn:
 (Erläuterung siehe Vertragsunterlagen) 01. /
 Monat Jahr

Pflege-Schutzbrief	1. gewünschtes Pflegetagegeld: mind. 10 € bis max. 150 € pro Tag*	2. gewünschte Beitragszahlung:					3. gewünschte Absicherung: (gemäß Tabelle auf der nächsten Seite)	
		voller Beitrag	leicht reduzierter Startbeitrag	reduzierter Startbeitrag	stark reduzierter Startbeitrag	voll reduzierter Startbeitrag	Gewünschtes Pflegetagegeld	Monatsbeitrag
1. Person	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Person	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Person	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Person	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* (entspricht mindestens 300 € bis maximal 4.500 € Pflegegeld pro Monat)

Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, – je nach Verschulden – vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den beiliegenden ausführlichen »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13)«.

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.

Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, ist für die betroffene Person leider kein Vertragsabschluss in Tarif OLGAflex möglich.

	1. Person		2. Person		3. Person		4. Person	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1. Besteht eine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % oder eine kindliche Entwicklungsstörung (Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/oder Rechenstörung zählen nicht dazu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
- **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
- **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
- **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
- **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
- **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:** Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
- **Sonstige Erkrankungen:** Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose

Fortsetzung der Angaben für:

Name/Vorname		
Straße		
Wohnort		
Versicherungsnummer		

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht, außerdem in den vergangenen 36 Monaten ein ununterbrochener Versicherungsschutz in einem bzw. mehreren der folgenden Länder Deutschland, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn oder Zypern (griechisches Gebiet) bestand.

SEPA-Lastschriftmandat

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

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben im Antrag zutreffend und vollständig sind.

Bitte beachten Sie hierzu den beiliegenden ausführlichen »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13)«.

Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen in Ihren Vertragsunterlagen. 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 Ihren Vertragsunterlagen.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen X
	Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen X

Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHEN unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den folgenden Seiten dieses Antrages. 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 HALLESCHEN 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 HALLESCHEN Krankenversicherung
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
- II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung
- III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten zur Feststellung des allgemeinen Zahlungsverhaltens (Bonitätsprüfung) und zur Einschätzung künftiger Zahlungsfähigkeit (Scoring)

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

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers X
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 X

Wie erhalte ich meine vertragsrelevanten Unterlagen?

Ein Bestandteil der Pflegezusatzversicherung Tarif OLGA/lex sind die jeweils zugehörigen »Allgemeinen Versicherungsbedingungen« sowie weitere vertragsrelevante Unterlagen, die diesem Schutzbrief nicht beiliegen.

- Diese Unterlagen erhalten Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner.
- Falls nicht, können Sie die Unterlagen im Internet unter www.hallesche.de/pflege-vvg aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

Nach Erhalt der Unterlagen bitten wir Sie, nachfolgend den Empfang zu bestätigen.

Empfangsbestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bezüglich des von mir beantragten Tarifs OLGA/lex jeweils die folgenden Unterlagen in Textform erhalten habe:

- »Allgemeine Versicherungsbedingungen« für OLGA/lex: Tarif nebst Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) sowie Tarifbedingungen (TB/EPV 2013).
- Das »Produktinformationsblatt« und die »Verbraucherinformation« sowie »Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person«.
- Die »Widerrufsbelehrung« und den »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung« habe ich ebenfalls in Textform erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz

»wird nachgeliefert«

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

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Zustelladresse (nur falls abweichend):

Straße und Hausnummer bzw. Postfach

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

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

Bei bestehendem Versicherungsvertrag:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

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

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

X

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

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Versicherungsnummer (falls bekannt)

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3% Skonto¹)

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

¹ Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen.

Monatlicher Beitrag in €:

Pflegetagegeld	OLGAflex 10 € (entspricht 300 € pro Monat)				
	voller Beitrag (100 % AR)	leicht reduzierter Startbeitrag (80 % AR/20 % Ri)	reduzierter Startbeitrag (50 % AR/50 % Ri)	stark reduzierter Startbeitrag (20 % AR/80 % Ri)	voll reduzierter Startbeitrag (100 % Ri)
Alter	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €
0-16	2,10	*	*	*	*
17-20	1,50	*	*	*	*
21	4,00	3,32	2,30	1,28	0,60
22	4,20	3,48	2,40	1,32	0,60
23	4,40	3,64	2,50	1,36	0,60
24	4,60	3,80	2,60	1,40	0,60
25	4,80	3,96	2,70	1,44	0,60
26	5,00	4,12	2,80	1,48	0,60
27	5,20	4,28	2,90	1,52	0,60
28	5,40	4,44	3,00	1,56	0,60
29	5,70	4,68	3,15	1,62	0,60
30	5,90	4,84	3,25	1,66	0,60
31	6,20	5,08	3,40	1,72	0,60
32	6,40	5,24	3,50	1,76	0,60
33	6,70	5,48	3,65	1,82	0,60
34	7,00	5,72	3,80	1,88	0,60
35	7,30	5,96	3,95	1,94	0,60
36	7,70	6,28	4,15	2,02	0,60
37	8,00	6,52	4,30	2,08	0,60
38	8,30	6,76	4,45	2,14	0,60
39	8,70	7,08	4,65	2,22	0,60
40	9,10	7,40	4,85	2,30	0,60
41	9,50	7,72	5,05	2,38	0,60
42	9,90	8,04	5,25	2,46	0,60
43	10,40	8,44	5,50	2,56	0,60
44	10,90	8,84	5,75	2,66	0,60
45	11,40	9,24	6,00	2,76	0,60
46	11,90	9,64	6,25	2,86	0,60
47	12,40	10,04	6,50	2,96	0,60
48	13,00	10,52	6,80	3,08	0,60
49	13,60	11,00	7,10	3,20	0,60
50	14,20	11,48	7,40	3,32	0,60
51	14,90	12,28	8,35	4,42	1,80
52	15,60	12,84	8,70	4,56	1,80
53	16,40	13,48	9,10	4,72	1,80
54	17,20	14,12	9,50	4,88	1,80
55	18,00	14,76	9,90	5,04	1,80
56	18,90	15,48	10,35	5,22	1,80
57	19,90	16,28	10,85	5,42	1,80
58	20,90	17,08	11,35	5,62	1,80
59	22,00	17,96	11,90	5,84	1,80
60	23,10	18,84	12,45	6,06	1,80
61	24,40	*	*	*	*
62	25,70	*	*	*	*
63	27,10	*	*	*	*
64	28,70	*	*	*	*
65	30,50	*	*	*	*
66	32,30	*	*	*	*
67	34,10	*	*	*	*
68	36,20	*	*	*	*
69	38,40	*	*	*	*
70	40,80	*	*	*	*

* OLGAflex.Ri steht nur für Erwachsene zwischen 21 und 60 Jahren zur Verfügung, daher ist hier kein Angebot möglich.

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

Datenschutzerklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

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

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

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 205 StGB geschützter Daten

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

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

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

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von

Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HALLESCHE Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die 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 Antragsprüfung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die 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 beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Die HALLESCHER Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und - soweit erforderlich - für die anderen Stellen.

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

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHER Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0 800/30 20 100 angefordert werden.

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

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

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

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

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

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHKE 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 HALLESCHKE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHKE Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten

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

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

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHKE Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHKE Konzern oder eine Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHKE Krankenversicherung oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

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

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

V. Datenschutzrechtliche Verhaltensregeln »Code of Conduct«

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

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

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

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

Von der HALLESCHE Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können	
Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
■ Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktenentsorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
■ Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	■ Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH ■ KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
■ Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können	
Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Global Medical Management Inc. (GMMI) ■ Anbieter medizinischer Produkte
■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	■ Verwaltungsdienstleistungsunternehmen
■ Telefonischer Kundenservice	■ SELLYBYTEL Group GmbH

Gemeinsame Stammdatenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), werden die Stammdaten der Antragsteller, Anmeldenden, Interessenten und Versicherten der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt. Diese Stammdaten umfassen Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten sowie Sperrvermerke zu Werbung und Markt-/Meinungsforschung.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik.

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

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

HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de
ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

Vors. des Aufsichtsrats: Wolfgang Stertenbrink · Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vors.), Christoph Bohn (stv. Vors.), Frank Kettner, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Dr. Jürgen Bierbaum (stv.)
Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · St.-Nr. 99 136 0300 3 (UStG) · Beiträge zu privaten Kranken- und Pflegekrankenversicherungen
unterliegen nicht der Versicherungssteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei



Wir sind für Sie da!



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de

ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern