

Antrag auf Verdienstaussfall-Schutz



Name/Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Versicherungsnummer

Vermittlernummer

Geburtsdatum

männlich (m) weiblich (w)

Beruf

Telefon (freiwillige Angabe)

Fax (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung

Für mich oder Für: Name/Vorname Geburtsdatum (m) (w) Beruf

Versicherungsbeginn:
(Erläuterung siehe Rückseite)

01.
Monat Jahr

Verdienstaussfall-Schutz – nur bei Berufstätigkeit abschließbar!

Tarif <input type="text"/>	Tagegeldhöhe <input type="text"/>	Beitrag <input type="text"/>	
Tarif <input type="text"/>	Tagegeldhöhe <input type="text"/>	Beitrag <input type="text"/>	Monatlicher Gesamtbeitrag <input type="text"/>

Nettoeinkünfte (Definition siehe Rückseite)

Selbstständiger/Freiberufler Arbeitnehmer
Nettoeinkünfte

Wartezeiterlass (Hinweis siehe Rückseite)

Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten

Zusatzangaben für Selbstständige

Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit Beginn der derzeitigen Tätigkeit vorher ausgeübte Tätigkeit

Vorversicherung der letzten 3 Jahre in der Krankenversicherung (Hinweis siehe Rückseite)

Krankenkasse/Versicherer Art und Umfang Tagesgeldhöhe (auch GKV)

besteht seit KKV endet/endet zum KT endet/endet zum beantragt am abgelehnt am

Widerrufliche Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen. (Der Mindestbeitrag beträgt 7,50 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.)

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3% Skonto)

Bank Bankleitzahl

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) Kontonummer

Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen. Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf der Rückseite und machen Sie umfassende Angaben.

Größe/cm Gewicht/kg

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

	nein	ja
1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Heilbehandler statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen statt oder wurde eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler oder eine anerkannte Behinderung oder besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler notwendig, angeraten oder beabsichtigt oder wird eine solche zurzeit durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Erläuterungen zum Gesundheitszustand

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde, Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft aufgetreten?	Von wann/bis wann?	Operation?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?	Name und Anschrift des Behandlers bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
				nein ja	nein ja			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte teilen Sie uns mit, wie Ihre Angaben zum Vertragsschluss und im Leistungsfall ggf. geprüft werden sollen. (Erklärung zur Schweigepflichtentbindung siehe Rückseite.)

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung für ein beschleunigtes Verfahren (jederzeit abänderbar) Einzelfall-Schweigepflichtentbindung für jede Anfrage

Bitte beachten Sie, dass Sie uns mit Ihrer Unterschrift bereits jetzt eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht erteilen, soweit dies für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlich ist (siehe ebenfalls auf der Rückseite).

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite des Antrages, da diese auch die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf der Rückseite.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers und ggf. der zu versichernden Person auf alle obigen Erklärungen (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter).

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 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.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigefügt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHKE Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat. Dies gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

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 HALLESCHKE Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHKE Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

- Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Einnahmen aus Berufstätigkeit abzüglich Wareneinsatz, Betriebsausgaben, Einkommen- und Kirchensteuer sowie Solidaritätsbeitrag.
- Bei Arbeitnehmern: 80 % des Jahresbruttoeinkommens inkl. Sonderzahlungen.
- Bei niedergelassenen Medizinern/Zahnärzten: 70 % der Praxis-/Honorareinnahmen.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHKE Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHKE Krankenversicherung gemäß § 28 des Ver-

sicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die HALLESCHKE insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung meiner **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere meine Gesundheitsdaten). Die HALLESCHKE darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige (vgl. dazu Buchstabe C).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B und Buchstabe C ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

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

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HALLESCHKE.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHKE Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer zur dortigen Verwendung, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

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

5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die HALLESCHE, andere Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern oder den für mich zuständigen Vermittler.

8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

C. Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss und zur Prüfung der Leistungspflicht

Mir ist bekannt, dass die HALLESCHE meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben überprüft, soweit hierzu Anlass besteht und soweit dies zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsschlusses erforderlich ist.

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung (erste Variante): Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden **von ihrer Schweigepflicht**, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die HALLESCHE bzw. ihre Mitarbeiter selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflicht für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Die HALLESCHE wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Einzelfall-Schweigepflichtentbindung (zweite Variante): Eine dauerhafte Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Variante zur Verzögerung der Antragsprüfung bzw. der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung nicht vornehmen lassen bzw. die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Unabhängig davon entbinde ich bereits jetzt die in diesem Antrag von mir genannten Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenanstalten, sowie die genannten Personenversicherer und gesetzlichen Krankenversicherungen ausdrücklich von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die HALLESCHE dort Auskünfte einholt, soweit dies für diese Antragsbearbeitung erforderlich ist.

2. Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die HALLESCHE ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

3. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Buchstabe C Ziffer 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Buchstaben B hinsichtlich der Nr. 1 (Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen des Buchstaben B Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

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

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die HALLESCHE Krankenversicherung a. G.

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 Pflegegeld bitten wir auch um Angabe der Tagegeldhöhe. Geben Sie darüber hinaus bitte an, ob derartige Versicherungen derzeit beantragt oder beantragte abgelehnt wurden.

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.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre

HALLESCHE Krankenversicherung

Empfangsbestätigung

Datum des Antrags/der Anmeldung

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Versicherungsnehmer/Hauptversicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der in diesem Antragsheft enthaltenen Unterlagen:

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Produktinformationsblatt

Verbraucherinformation

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten