



HALLESCHE

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

Antrag auf Krankenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung

Ihr Vermittler

Die Private Krankenversicherung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

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 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

Antrag auf Krankenversicherung

SC	VD	Vers.-Nr.	VM-Nr.	SKZ	Bs	Fib	DS 4	Kunden-Nr.	<input type="checkbox"/> Neuantrag	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag
----	----	-----------	--------	-----	----	-----	---------	------------	------------------------------------	--

**Antragsteller/
Versicherungsnehmer**

Zuname/akad. Titel	Betrieb bzw. Arbeitgeber
Vorname	ausgeübte Tätigkeit
Geburtsdatum	Branche
Straße	Straße
NKZ/PLZ	Wohnort
Telefon	Fax
E-Mail	E-Mail

Diese Angaben sind freiwillig:

Zu versichernde Personen

<p>1. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Zuname, Vorname</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Familienstand</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Freiberuflich <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nichtberufstätig <input type="checkbox"/> Arbeitgeberbescheinigung erforderlich</p> <p>ausgeübte Tätigkeit</p> <p>Branche</p> <p>Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> als Beamter/Angehör. <input type="checkbox"/> als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.</p> <p>nach <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land</p>	<p>2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Zuname, Vorname</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Familienstand</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Freiberuflich <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nichtberufstätig <input type="checkbox"/> Arbeitgeberbescheinigung erforderlich</p> <p>ausgeübte Tätigkeit</p> <p>Branche</p> <p>Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> als Beamter/Angehör. <input type="checkbox"/> als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.</p> <p>nach <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land</p>
--	--

Zusatzangaben für Selbstständige

Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit	Beginn der Selbstständigkeit bzw. freiberuflichen Tätigkeit
Beginn der derzeitigen Tätigkeit	Beginn der derzeitigen Tätigkeit
vorher ausgeübte Tätigkeit	vorher ausgeübte Tätigkeit
GmbH-Geschäftsführer: Anteil am Stammkapital	Anzahl der Gesellschafter

Nur bei Abschluss von Krankentagegeld

Nettoeinkünfte (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich) (Definition siehe Rückseite)	Nettoeinkünfte (bei Arbeitnehmern erst ab 120 € KT erforderlich) (Definition siehe Rückseite)
---	---

Versicherungsbeginn

Beginn	Beginn
--------	--------

Gewünschter Versicherungsschutz

	1. Person	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €	2. Person	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)						gesetzl. Zuschlag 10 % (nicht bei Zusatzversicherung)				
Tagegeld-Tarife						Tagegeld-Tarife				
Tagegeld-Tarife						Tagegeld-Tarife				
Tagegeld-Tarife						Tagegeld-Tarife				
Pflege-Tarife						Pflege-Tarife				
Pflege-Tarife						Pflege-Tarife				
MBZ						MBZ				

Monatlicher Gesamtbeitrag für Person 1 und Person 2

Entfallende Tarife

--	--

Wartezeiterlass

<input type="checkbox"/> Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten (Hinweise siehe Rückseite)	<input type="checkbox"/> Wartezeiterlass mit ärztlicher Untersuchung auf eigene Kosten (Hinweise siehe Rückseite)
---	---

Pflege-Pflichtversicherung

<p>1. Person bisher private PPV bei <input style="width: 300px;" type="text"/></p> <p>von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Nachweise über private Versicherungszeit: <input type="checkbox"/> anbei <input type="checkbox"/> fordert HALLESCHÉ AN</p> <p>Immer ausfüllen, wenn beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag (bei eingetragener Lebenspartnerschaft) gewünscht wird: Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (Definition siehe Rückseite) der zu versichernden Person 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (bitte erfragen) bzw. beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 SGB IV, § 8a SGB IV mehr als 400 €?</p> <p>1. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bei Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern: Falls der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht mit diesem Antrag versichert werden soll, besteht für diesen bereits eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. wurde eine solche beantragt?</p> <p>1. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>private PPV bei <input style="width: 250px;" type="text"/></p> <p>besteht seit <input style="width: 250px;" type="text"/></p> <p>Versicherungsbescheinigung: <input type="checkbox"/> anbei</p> <p>Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (vgl. oben) des nicht bei uns zu versichernden Ehegatten/Lebenspartner die genannten Einkommensgrenzen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>2. Person bisher private PPV bei <input style="width: 300px;" type="text"/></p> <p>von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Nachweise über private Versicherungszeit: <input type="checkbox"/> anbei <input type="checkbox"/> fordert HALLESCHÉ AN</p> <p>Immer ausfüllen, wenn beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Ehegattenhöchstbeitrag bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag (bei eingetragener Lebenspartnerschaft) gewünscht wird: Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (Definition siehe Rückseite) der zu versichernden Person 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (bitte erfragen) bzw. beträgt es im Falle geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 SGB IV, § 8a SGB IV mehr als 400 €?</p> <p>2. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bei Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern: Falls der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht mit diesem Antrag versichert werden soll, besteht für diesen bereits eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. wurde eine solche beantragt?</p> <p>2. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>private PPV bei <input style="width: 250px;" type="text"/></p> <p>besteht seit <input style="width: 250px;" type="text"/></p> <p>Versicherungsbescheinigung: <input type="checkbox"/> anbei</p> <p>Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (vgl. oben) des nicht bei uns zu versichernden Ehegatten/Lebenspartner die genannten Einkommensgrenzen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
---	---

Vorversicherungen der letzten 3 Jahre

<p>Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert</p> <p>Art und Umfang <input style="width: 150px;" type="text"/> Tageltdhöhe (auch GKV) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>besteht seit <input style="width: 150px;" type="text"/> endet/endet zum <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>beantragt am <input style="width: 150px;" type="text"/> abgelehnt am <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p>Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert</p> <p>Art und Umfang <input style="width: 150px;" type="text"/> Tageltdhöhe (auch GKV) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>besteht seit <input style="width: 150px;" type="text"/> endet/endet zum <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>beantragt am <input style="width: 150px;" type="text"/> abgelehnt am <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
---	---

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!

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. **Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.**

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.

	Vorname 1. Person	Vorname 2. Person
	Größe/cm <input style="width: 50px;" type="text"/>	Größe/cm <input style="width: 50px;" type="text"/>
	Gewicht/kg <input style="width: 50px;" type="text"/>	Gewicht/kg <input style="width: 50px;" type="text"/>
1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel - ggf. auch zur reinen Vorbeugung - eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen statt? (Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. - Definition »Eintrittsalter« siehe Rückseite.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. 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 €.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	re. <input style="width: 50px;" type="text"/> li. <input style="width: 50px;" type="text"/>	re. <input style="width: 50px;" type="text"/> li. <input style="width: 50px;" type="text"/>

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz

	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen) bei einem Zahnarzt statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Parodontose/Parodontitis oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15. Besteht eine Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis) oder eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nur für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre:		
16. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
17. Besteht Zahnersatz (ersetzte oder überkronte Zähne)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Weitere Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen Nr. 14, 15 und 17

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der behandelnden Person

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 Pflegepflichtversicherung, 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 beigelegt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHER 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 Medizimern/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 HALLESCHER Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHER Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HALLESCHER.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER 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.
- 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.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER 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.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs 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.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die HALLESCHER, andere Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder den für mich zuständigen Vermittler.
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHER selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Die HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung a. G.

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 unzumutbar.

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 Pflegegeldleistungen 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 HALLESCHER 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 – 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) –, 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. Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten (§ 9c Abs. 1 und 3 EStG) sind bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten abzugsfähig. 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. Wird das Gesamteinkommen voll oder zum Teil durch die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 400,- Euro (Stand 1. Januar 2012).

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:

HALLESCHER 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

HALLESCHER Krankenversicherung