



Anforderung eines Angebots für die Krankenversicherung

- Vollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegeversicherung

Ihr Vermittler

Anforderung eines Angebots für die Krankenversicherung

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

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

Diese Angaben sind freiwillig:

Interessenten/ Zu versichernde Personen	1. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Zuname, Vorname			Zuname, Vorname		
	Geburtsdatum		Familienstand	Geburtsdatum		Familienstand
	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Freiberuflich	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> Arbeitgeberbescheinigung erforderlich	
	ausgeübte Tätigkeit		Branche	ausgeübte Tätigkeit		Branche

Beihilfeberechtigt als Beamter/Angehör. als Angest. öffentl. Dienst/Angehör.
nach Bund Land ambulant %

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					
	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				2. Person			
	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €	Tarif(e)	evtl. abweichender Beginn	Tagegeld, MBZ-Grund-Nachlass	Beitrag in €
Krankheitskosten-Tarife					Krankheitskosten-Tarife			
Krankheitskosten-Tarife					Krankheitskosten-Tarife			
Krankheitskosten-Tarife					Krankheitskosten-Tarife			
gesetzl. Zuschlag 10 % (nicht bei Zusatzversicherung)					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	<input style="width:300px;" type="text"/>	<input style="width:300px;" type="text"/>
---------------------------	---	---

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

Pflege-Pflichtversicherung

<p>1. Person bisher private PPV bei</p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p>2. Person bisher private PPV bei</p> <p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>
---	---

Nachweise über private Versicherungszeit: anbei fordert HALLESCHE an

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 €?

1. Person nein ja **2. Person** nein ja

Bei Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern: Falls der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht auf diesem Formular versichert werden soll, besteht für diesen bereits eine private Pflege-Pflichtversicherung bzw. wurde eine solche beantragt?

<p>1. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>private PPV bei <input type="text"/></p> <p>besteht seit <input type="text"/></p>	<p>2. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>private PPV bei <input type="text"/></p> <p>besteht seit <input type="text"/></p>
--	--

versicherungsbescheinigung: anbei

Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen (vgl. oben) des nicht bei uns zu versichernden Ehegatten/Lebenspartner die genannten Einkommensgrenzen?
 nein ja

Vorversicherungen der letzten 3 Jahre

Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)	Krankenkasse/Versicherer (Hinweise siehe Rückseite)
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert
Art und Umfang <input type="text"/>	Tagegeldhöhe (auch GKV) <input type="text"/>
besteht seit <input type="text"/>	endet/endete zum <input type="text"/>
beantragt am <input type="text"/>	abgelehnt am <input type="text"/>

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen werden nicht auf diesem Formular, sondern in der »Erklärung vor dem Arzt« (VG 152) gemacht.
 Hinweis: Ihre Angebotsanforderung kann nur bearbeitet werden, 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.

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?
2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?
3. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?
4. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls »ja«, bitte Kopie des Feststellungsbescheids mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.
5. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?
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.)
7. Bestehen chronische Leiden, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien)?
8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
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)?
10. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?
12. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angeraten oder verordnet? (Dioptriewerte 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 €.**

Vorname 1. Person		Vorname 2. Person	
Größe/cm <input type="text"/>	Gewicht/kg <input type="text"/>	Größe/cm <input type="text"/>	Gewicht/kg <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
re. <input type="text"/>	li. <input type="text"/>	re. <input type="text"/>	li. <input type="text"/>

Nur für Tarife mit Zahnversicherungsschutz

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

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Interessenten und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und den Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung, auf das Widerrufsrecht sowie über die Folgen der Nichtzahlung der Erstprämie für die Pflege-Pflichtversicherung erhalten Sie zusammen mit dem Angebot, das wir Ihnen unterbreiten werden.

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 Bearbeitung und die Erstellung eines Angebots für mich.

Die hier gemachten Angaben werden Grundlage des Angebots, das mir die HALLESCHE Krankenversicherung unterbreiten wird. Falsche, fehlende oder bagatellisierende Angaben führen zu einem fehlerhaften Angebot und können in der Folge den Versicherungsschutz gefährden. Sollten sich bis zur Annahme des Angebots Veränderungen im Gesundheitszustand oder bei anderen abgefragten Umständen ergeben, informiere ich die HALLESCHE Krankenversicherung unverzüglich hierüber. Dies gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft. Den ausführlichen Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung erhalte ich mit dem Angebot der HALLESCHE Krankenversicherung.

Falls eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchte, so kann sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bestätigung zur Einkommenshöhe/Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung wünsche, dass das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) mein versicherbares Nettoeinkommen (siehe unter »Einkommensberechnung für Krankentagegeld«) der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Sofern ich Arbeitnehmer bin, bestätige ich außerdem, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer meines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Kundengeldsicherung

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

Einkommensberechnung für Krankentagegeld

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 HALLESCHE Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHE Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Erklärung zum Datenschutz

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die HALLESCHE insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Angebots-, 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 HALLESCHE darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige.

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 205 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Angebotsanforderung 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 HALLESCHE.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Angebotsanforderung genannt habe.
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Angebots-, 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.
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 Angebots-, 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 Angebots-, 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 Auskunftsei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

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

C. 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.

D. 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.

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 Pflegetagegeld 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 Interessenten möglich.

Geht der Untersuchungsbefund nicht innerhalb von 21 Tagen nach Annahme des Angebots ein, dann gilt die Versicherung als mit bedingungsgemäß vereinbarten Wartezeiten zustande gekommen.

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

Sie erhalten von uns ein Vertragsangebot. Nehmen Sie dieses zu den dort genannten Bedingungen unverändert und fristgerecht an, haben Sie mit Zugang Ihrer Annahmeerklärung bei uns bzw. ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn Versicherungsschutz, jedoch ggf. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.