

# Beitrittserklärung zur Pflegezusatzversicherung PROPFLEGE

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem pronova privat-Sondertarif PROPFLEGE nur für Versicherte der pronova BKK. Träger der Pflegezusatzversicherung ist die Hallesche Krankenversicherung a.G. in Stuttgart. Wichtige Hinweise sind umseitig abgedruckt.

Nachname des Beitretenden		Vorname		Geburtsdatum		Versichertennummer pronova BKK	
Straße, Hausnummer			PLZ		Wohnort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand	Telefon	Arbeitgeber		Beruf			

<b>Ihr Versicherungsschutz</b>	Tarif <b>FPS.3</b>	Pflegegeld pro Tag	Pflegegeld pro Monat	Monatsbeitrag
--------------------------------	-----------------------	--------------------	----------------------	---------------

Bei Pflegebedürftigkeit erhalten Sie 100 % des versicherten Pflegegeldes im Pflegegrad 5 und 50 % des versicherten Tagegeldes im Pflegegrad 4. Sie haben die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz zu bestimmten Terminen und Altern ohne Gesundheitsprüfung auf einen Schutz für die Pflegegrade 1 bis 3 zu erweitern (siehe Rückseite – Recht auf Höherversicherung).

Ich erkläre hiermit, dass das versicherte Pflegegeld zusammen mit ggf. anderen bestehenden nicht geförderten Pflegezusatzversicherungen 4.500,00 Euro monatlich nicht überschreitet. Ich nehme die Hinweise und Erklärungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht auf der Rückseite dieser Erklärung zur Kenntnis und bin damit einverstanden.

**Fragen der Hallesche zum Gesundheitszustand der beitretenden Person (bitte ankreuzen):**  
Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite und machen Sie umfassende Angaben.  
Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz. nein / ja

1. Besteht bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit oder haben Sie jemals einen Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt? Oder wurde ein Antrag auf Pflege-, Kranken-, Unfall-, Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung von einem Versicherer aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt? Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung von mindestens 50 %?

2. Bestehen/bestanden in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder sind Folgen derselben verblieben:    
Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, der Arterien, der Venen, des Herzens, der Nieren, chronische Lungen- oder Leber-Erkrankung, medikamentös behandelter Bluthochdruck, Krebs, Leukämie, Muskelschwund, Osteoporose, Gelenkarthrosen, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Demenz, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Colitis ulzerosa, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder HIV-Infektion?

Falls eine Frage mit "ja" beantwortet wird, ist eine Anmeldung über diese Beitrittserklärung nicht möglich.  
Sie erhalten dann von uns ein Zusatzformular, auf dem Sie weitere Angaben machen können.

Sepa-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Hallesche Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart (Gläubiger-ID DE89ZZZ0000031444), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Halleschen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenznummer wird später mitgeteilt.

Mein Konto mit IBAN: **D E** \_\_\_\_\_

Name meines Kreditinstituts:	Datum, Ort und Unterschrift Kontoinhaber:
------------------------------	---

Mit der nachstehenden Unterschrift (a) erkläre ich meinen Beitritt zum oben genannten Gruppenversicherungsvertrag, (b) erteile ich das vorstehende Sepa-Lastschriftmandat, (c) gebe ich die ausgehändigte Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der best advice ab, (d) bestätige ich, dass ich die ausgehändigte Datenschutzerklärung gegenüber der HALLESCHEN gelesen habe und die darin enthaltene Erklärung abgebe und (e) bestätige ich den Erhalt sämtlicher vertragsrelevanter Unterlagen (Informationsblatt für Versicherungsprodukte, Allgemeine Vertragsbedingungen (bestehend aus Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT2009], Teil II Tarifbedingungen und Teil III Tarif PROPFLEGE), Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung, Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Beitretenden (bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben)

## Unsere Bestätigung

Nach Erfassung und Prüfung der Vertragsdaten bestätigt die best advice im Namen der Hallesche den Eingang der Beitrittserklärung. Nach Prüfung der Angaben zum Gesundheitszustand bestätigt die Hallesche den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag. Versicherungsnehmer ist die pronova BKK.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH

Versicherungsbeginn	Gruppenvertragsnummer <b>3.992442.5</b>
---------------------	--

Beitrittserklärung zurücksenden an: best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH, Henry-Ford-Straße 1, 50735 Köln

# Wichtige Bestimmungen zur Pflegezusatzversicherung PROPFLEGE

Der genaue Umfang der einzelnen Leistungen ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen nach Tarif PRO Pflege FPS/Gruppe, die auf Wunsch erläutert und ausgehändigt werden. Leistungsumfang von PROPFLEGE (FPS.3) in Kurzform:

## Ihr Versicherungsschutz

Mit PROPFLEGE (FPS.3) sind Sie für die Pflegegrade 4 und 5 versichert. Das Pflegetagegeld wird sowohl bei stationärer als auch bei häuslicher Pflege und auch bei Pflege durch Ihre Angehörigen bezahlt. Bei Pflegebedürftigkeit erhalten Sie 100 % des versicherten Pflegetagegeldes im Pflegegrad 5 und 50 % des versicherten Tagegeldes im Pflegegrad 4. Es gelten die gleichen Leistungsvoraussetzungen wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für PROPFLEGE entfallen alle Warte- und Karenzzeiten.

## Dynamik

Der Versicherungsschutz von PROPFLEGE kann alle drei Jahre jeweils zum 01.07. um 10 % ohne erneute Gesundheitsprüfung angepasst werden. Diese Dynamisierung gilt auch im Pflegefall.

## Recht auf Höherversicherung

Bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren besitzen Sie folgende Optionsrechte:

- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 10. Versicherungsjahr vollendet wird, können Sie in eine beliebig höhere Tarifstufe mit weiteren Pflegegraden wechseln.
- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 15. Versicherungsjahr vollendet wird, können Sie in die nächst höhere Tarifstufe mit dem Pflegegrad 3 wechseln.

Ab einem Eintrittsalter von 51 Jahren besitzen Sie (falls mindestens 5 Jahre versichert) folgende Optionsrechte:

- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, können Sie in eine beliebig höhere Tarifstufe mit weiteren Pflegegraden wechseln.
- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, können Sie in die nächst höhere Tarifstufe mit dem Pflegegrad 3 wechseln.

Die Tarifstufe mit weiteren Pflegegraden beinhaltet auch Zusatzleistungen wie Transportkosten zur Kurzzeitpflege und Zuzahlungen zu technischen Pflegehilfsmitteln. Diese Optionsrechte gelten ohne Gesundheitsprüfung, auch wenn bereits Pflegebedürftigkeit und ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif bestehen. Das jeweilige Optionsrecht entfällt, wenn dieses nicht zwei Monate vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

## Soforthilfe bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Beim erstmaligen Eintritt in Pflegegrad 4 oder 5 erhalten Sie im ersten Monat des Leistungsanspruchs eine Einmalzahlung in Höhe der 3-fachen Monatsleistung. Tritt die Pflegebedürftigkeit unmittelbar durch einen Unfall ein, verdoppelt sich die Einmalzahlung sogar auf die 6-fache Monatsleistung.

## Assistance-Leistungen

Nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit haben Sie Anspruch auf die Benennung und Vermittlung von Dienstleistern für: ambulante, häusliche Dienste oder Pflegeheimplätze, Fahrdienste zu Ärzten und Behörden, die Anlieferung einer Hauptmahlzeit ("Essen auf Rädern"), die Besorgung der Einkäufe, das Bringen und Abholen von Reinigungswäsche, eine Haushaltshilfe, einen Haus-Notrufdienst, die Beratung zum Thema Pflege, die Unterstützung für das Ausfüllen von Anträgen, Pflegeschulungen für Angehörige, die Haustierbetreuung, die Garten- und Grundstückspflege. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand der Leistungen aus PROPFLEGE.

Die genannten Assistance-Leistungen werden innerhalb von 24 Stunden nach der Auftragserteilung benannt oder vermittelt (mit Ausnahme der Pflegeheimplätze).

## Beiträge

Die Beiträge werden per Sepa-Lastschrift einbehalten, der Einzug wird spätestens sechs Kalendertage im Voraus mit den weiteren Fälligkeitsterminen angekündigt. Mit dieser Information erhalten Sie auch die Mandatsreferenznummer.

Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach Ihrem Eintrittsalter und der Höhe des versicherten Tagegeldes. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Beitrag kann sich durch Dynamik, Höherversicherung und Beitragsanpassung verändern. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4 oder 5 erhöht sich das Pflegetagegeld um den zu zahlenden Beitrag, so dass für Sie die Beitragszahlungspflicht de facto entfällt.

## Wichtige Hinweise und Erklärungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz, d. h. falsche oder unvollständige Angaben zu den vorseitigen Fragen zum Gesundheitszustand können den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Versicherungsverhältnis zurückzutreten, es zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie dazu auch den „Hinweis auf Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG13)“, den Sie unter [www.pronovaprivat.de](http://www.pronovaprivat.de) abrufen können.

Ich bin mit der Speicherung und Weitergabe der zur Vertragsdurchführung und Risikobeurteilung notwendigen Daten und einem Datenaustausch zwischen best advice und pronova BKK und der Hallesche einverstanden.

Sofern die Hallesche - falls Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand benötigt, werde ich, sofern von der Hallesche verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Dies gilt auch für meine mitzuversichernden Kinder und für gesetzlich von mir vertretene Personen, die die Bedeutung der Erklärung nicht selbst beurteilen können.

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der best advice

Ihre in der vorseitigen Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von der best advice für Zwecke der Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die HALLESCHKE Krankenversicherung für die Vertragsdurchführung übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann nicht widerrufen werden, weil der Vertrag sonst nicht weitergeführt werden kann.

### I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

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

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HALLESCHKE Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

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

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

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

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

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

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter [www.hallesche.de/dienstleisterliste](http://www.hallesche.de/dienstleisterliste)) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHKE Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0800-3020100 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HALLESCHKE Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

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

#### 3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HALLESCHKE Krankenversicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

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

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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

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

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

#### II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

Im Rahmen der Antragsbearbeitung kann es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHKE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHKE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich Ich willige ein, dass die HALLESCHKE Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrages erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHKE Krankenversicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch die HALLESCHKE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHKE Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

#### III. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

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

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

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

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internetseite unter [www.hallesche.de/datenschutz](http://www.hallesche.de/datenschutz).

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

#### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HALLESCHKE Krankenversicherung a. G.  
Reinsburgstraße 10  
70178 Stuttgart  
Telefon: 07 11/66 03-0  
Fax: 07 11/66 03-3 33  
E-Mail-Adresse: [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz »Datenschutzbeauftragter« oder per E-Mail unter [datschutz@hallesche.de](mailto:datschutz@hallesche.de).

#### 2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Gesellschaft des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHKE

Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

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

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

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

#### 3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

##### Rückversicherer:

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

##### Vermittler:

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

##### Datenverarbeitung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHKE Konzern:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die im Konzern verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen des Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

##### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.hallesche.de/dienstleisterliste](http://www.hallesche.de/dienstleisterliste) entnehmen.

##### Weitere Empfänger:

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

#### 4. Dauer der Datenspeicherung

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

#### 5. Betroffenenrechte

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

#### Widerspruchsrecht

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

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

#### 6. Beschwerderecht

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

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

## 7. Bonitätsauskünfte

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

## 8. Datenübermittlung in ein Drittland

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

## 9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zum Versicherungsvertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Damit wollen wir Bearbeitungszeiten reduzieren. Die automatisierte Prüfung erfolgt standardisiert in Form regelbasierter Bearbeitungsschritte. Die Entscheidungen beruhen dabei beispielsweise auf der Anwendung verbindlicher tariflicher Regelungen und allgemein gültiger gebührenrechtlicher Vorschriften. Ergibt die Prüfung eine negative Leistungsentscheidung, informieren wir über die Gründe in unserer Zahlungsmittelteilung. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung besteht dann das Recht, dem Prüfungsergebnis zu widersprechen. Der für den Einspruch maßgebliche Standpunkt wird einer manuellen Prüfung und Entscheidung zugeführt.

## Von der HALLESCHER Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)\*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können:

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
■ Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktensorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
■ Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	■ Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH ■ KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
■ Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversichert«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können:

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Medizinprodukte)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Global Medical Management Inc. (GMMI) ■ Anbieter medizinischer Produkte
■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Henner Group ■ Cigna Global Health Services (noch bis Ende 2018)
■ Telefonischer Kundenservice	■ SELLYTELL Group GmbH

## Gemeinsame Datenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern

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

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Gruppenversicherungsnehmers sowie der versicherten Personen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.

Diese Stammdaten umfassen gemäß Code of Conduct maximal Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

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