

Beitrittserklärung zur Krankenzusatzversicherung PROTAG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem pronova privat-Sondertarif PROTAG nur für Versicherte der pronova BKK. Träger der Krankenzusatzversicherung 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
Telefon		Arbeitgeber		Beruf			
<u>Einwilligungserklärung zum Datenschutz:</u> Ihre in dieser Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von uns für Zwecke der				Vers.Beginn	versichertes Tagegeld 20 €	Monatsbeitrag	

Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die Hallesche für die Vertragsdurchführung übermittelt. Ihr Vorname, Name und die Versicherungsnummer sowie das Bestehen dieser Zusatzversicherung werden außerdem an die pronova BKK für Zwecke Ihrer umfassenden Betreuung im Krankheitsfall gemeldet. Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit widerrufbar. Außerdem geben Sie gegenüber der Hallesche die auf dem Blatt „Datenschutzerklärung“ abgedruckte Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung ab.

Besteht eine weitere private Krankentagegeld-Versicherung bei einer anderen Gesellschaft? Wenn ja, ist ein Abschluss dieser Zusatzversicherung nicht möglich. nein / ja

Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person: Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite und machen Sie umfassende Angaben. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.		meine Größe/cm	mein Gewicht/kg
1. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Beschwerden, psychische Störungen, Abhängigkeiten (z. B. Drogen, Alkohol, Medikamente), eine anerkannte Behinderung oder wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?			nein / ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Bestand in den letzten 3 Jahren insgesamt mehr als 21 Tage Arbeitsunfähigkeit?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls Sie eine der Fragen mit "ja" beantworten, ist für Ihren Beitritt ein Zusatzformular notwendig. Bitte setzen Sie sich mit der best advice unter 0221 90-17400 in Verbindung.			
Sepa-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH (best advice für pronova privat), Henry-Ford-Str. 1, 50735 Köln (Gläubiger-ID DE65ZZZ00000469540), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der best advice Versicherungs-Vermittlungsp-GmbH 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:		Name meines Kreditinstituts:	
D E _____			

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 PROTAG), 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 den Eingang der Beitrittserklärung. Nach Prüfung der Angaben zum Gesundheitszustand erhalten Sie eine Bescheinigung über den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag. Versicherungsnehmer ist die pronova BKK.

Datum Unterschrift best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH

Gruppenvertragsnummer
3.992442.5

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

Wichtige Bestimmungen zur Krankenzusatzversicherung PROTAG

Ihr Versicherungsschutz

Mit dem pronova privat-Sondertarif PROTAG können Sie sich vor Einkommensverlusten bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit schützen. Die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers endet in der Regel nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit, danach wird nur noch das gesetzliche Krankengeld gezahlt. Dieses beträgt bei Pflichtversicherten höchstens 90 % des letzten vollen, monatlichen Nettoeinkommens, maximal aber 3.281,25 Euro. Die dadurch entstandene Lücke kann mit einer Krankentagegeldversicherung gemindert werden.

Bei Pflichtversicherten reicht die Absicherung mit 20 Euro Tagegeld in der Regel aus, um die durch Krankheit entstandene Einkommenslücke aufzufüllen und Ihren gewohnten Lebensstandard zu sichern.

Bei freiwillig Versicherten kann die Versorgungslücke anhand des Nettoeinkommens individuell berechnet werden, weil das gesetzliche Krankengeld in der Höhe begrenzt ist. Hierfür stehen Ihnen die Berater der best advice gerne zur Verfügung.

Beiträge

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.

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

Einkommensberechnung für das Krankentagegeld (Nettoeinkünfte)

Der/Die Beitretende bestätigt, dass das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) sein/ihr versicherbares Nettoeinkommen der letzten 12 Monate nicht übersteigt.

Einwilligung des Versicherers bei weiteren Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss von PROTAG nur möglich ist, wenn keine weitere Krankentagegeldversicherung besteht. Auch der Abschluss einer weiteren Krankentagegeldversicherung ist nur mit Einwilligung der Hallesche Krankenversicherung möglich. 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.

Beantwortung von Gesundheitsfragen, vorvertragliche Anzeigepflicht

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alter- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen berücksichtigt. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Beitrittserklärung, wenn mich die Hallesche Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Abschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz durch schuldhaft falsche oder unvollständige Beantwortung der vorseitigen Fragen zum Gesundheitszustand kann den Versicherer berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Bitte beachten Sie dazu auch den „Hinweis auf Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG13)“, den Sie unter <http://www.pronovaprivat.de/produkte/protag> abrufen 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 HALLESCHER 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 Schweigepflichtentbindungserklärung¹

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 HALLESCHER Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHER Krankenversicherung einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

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 HALLESCHER 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 HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HALLESCHER 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 HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und 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 HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HALLESCHER Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

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

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

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

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

Ich willige ein, dass die HALLESCHER 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.

¹ 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.

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

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz »Datenschutzbeauftragter« oder per E-Mail unter 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 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 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«