



**Schützen Sie Ihre Gesundheit nicht irgendwie.**

# Und wie schützen Sie Ihre Gesundheit?

Natürlich gibt es viele Möglichkeiten, seine Gesundheit jederzeit zu schützen. Ganz einfach ist es mit dem Gesundheits-Schuttbrief der HALLESCHER. Er schützt Sie vor den wichtigsten Lücken in Ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Schnell, unkompliziert und günstig.



In vielen Bereichen reicht der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkasse nicht aus.

## Zahnersatz

- Die gesetzlichen Kassen zahlen lediglich 50 – 65 % der GKV-Regelversorgung bei Zahnersatz, abhängig von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (Bonusheft). Erstattet werden nur die Kosten für die einfachste Ausführung.

## Brillen & Kontaktlinsen

- Die gesamten Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen tragen Sie selbst. Einzige Ausnahme: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie Versicherte mit schwersten Sehbeeinträchtigungen.

## Auslandsreise

- Teilweise übernimmt die GKV die Kosten, jedoch nur in bestimmten Ländern.

## Krankenhaus

- Für jeden Tag im Krankenhaus zahlen Sie 10,- € – für bis zu 28 Tage pro Jahr.

## Verdienstausschlag

- Um über 20 % verringert sich Ihr Netto-Einkommen bei Krankheit oder Unfall ab dem 43. Krankheitstag.

## Zahnersatz-Schutz (AE 1)

30 % des Rechnungsbetrages, zusammen mit der Vorleistung der GKV und anderer Kostenträger bis zu 80 %.

## Brillen- & Kontaktlinsen-Schutz (AE 1)

Bis zu 160,- € für eine Brille oder Kontaktlinsen alle 2 Jahre, wenn sich die Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien verändert hat. Ohne Veränderung der Sehschärfe alle 3 Jahre.

## Auslandsreise-Schutz (AE 1)

100 % bei med. notwendiger Heilbehandlung während Urlaubsreisen von bis zu 8 Wochen (inkl. med. notwendigem Rücktransport).

## Krankenhaus-Schutz (KH 10)

Ab dem 1. Tag im Krankenhaus erhalten Sie 10,- € täglich, auch über den 28. Tag hinaus.

## Verdienstausschlag-Schutz (KT 43/20)

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie ab dem 43. Tag täglich 20,- € – das entspricht 600,- € im Monat.

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen ergibt.

Bleiben Sie gesund: [www.hallesche-gesundheitsportal.de](http://www.hallesche-gesundheitsportal.de)

# Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

## **Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHER Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

## **Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**

### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

HALLESCHER  
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

# Antrag auf private Zusatzversicherung

Name/Vorname		Versicherungsnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
Straße		Vermittlernummer	Fax (freiwillige Angabe)
PLZ	Wohnort	Geburtsdatum	E-Mail (freiwillige Angabe)
		<input type="checkbox"/> männlich (m) <input type="checkbox"/> weiblich (w)	
		Beruf	

**Ja, ich wähle folgende Absicherung**

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

**Versicherungsbeginn:**

(Erläuterung siehe Rückseite)

01.        
Monat Jahr

**Gesundheits-Schutzbrief**

<input type="checkbox"/> <b>Ambulante Ergänzung</b> Tarif AE 1 Monatsbeitrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>Krankenhaus-Schutz</b> Tarif KH 10 Monatsbeitrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>Verdienstaussfall-Schutz</b> Tarif KT 43/20 Nur bei Berufstätigkeit abschließbar! Monatsbeitrag <input type="text"/>
---	---	---

**Vorversicherung der letzten 3 Jahre**

Krankenkasse/Versicherer	Art und Umfang	Tagegeldhöhe (auch GKV)
besteht seit	endet/endete zum	beantragt am
		abgelehnt am

**Widerrufliche Einzugsermächtigung**

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

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich (3% Skonto)

Bank  Bankleitzahl

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)  Kontonummer

**Gesundheitszustand der zu versichernden Person**

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

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

Bitte beantworten Sie nur die Fragen, die für Ihren gewünschten Tarif wichtig sind.

	Größe/cm	Gewicht/kg
	nein	ja
AE 1: Fragen 1 bis 4, KH 10: Fragen 5 bis 9 + Angabe: Größe/Gewicht, KT 43/20: Fragen 5 bis 7, 9 + Angabe: Größe/Gewicht		
1. Werden derzeit zahnärztliche Behandlungen durchgeführt, oder sind solche angedeutet oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Behandlung: <input type="text"/>		
2. Sind mehr als 6 Zähne ersetzt oder überkront?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Zähne <input type="text"/> (zu Frage 3.)		
4. Werden Brillen oder Kontaktlinsen getragen oder wurden diese angedeutet oder verordnet? (Dioptrienwert ab +/- 8 bitte angeben.) Bei Fehlsichtigkeit gilt der Zuschlag von 2,50 € für Tarif AE als vereinbart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechts <input type="text"/> links <input type="text"/>		
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, psychische Störungen, Abhängigkeiten, besteht eine anerkannte Behinderung oder wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel - ggf. auch zur reinen Vorbeugung - eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung, Untersuchung oder Operation (auch wegen Schwangerschaft) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Heilbehandler notwendig, angedeutet oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestand in den letzten 3 Jahren insgesamt mehr als 21 Tage Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weitere Erläuterungen zum Gesundheitszustand**

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

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so verwenden Sie bitte ein gesondertes Beiblatt oder unser Formular VG 12 als Anlage. Anzahl: \_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

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

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

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

**Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler**

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

Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben. **Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf der Rückseite.**

Wartezeiten: Von Versicherungsbeginn an besteht für Zahnersatz, Zahnbehandlung, und Entbindung eine besondere Wartezeit von 8 Monaten und für die übrigen tariflichen Leistungen eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Die allgemeinen Wartezeiten entfallen bei unfallbedingter Leistungsanspruchnahme. Für kurzfristige Auslandsreisen gibt es keine Wartezeiten.

Ort/Datum

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

Monatlicher Beitrag in €:

Alter	AE 1		KH 10 für je € 10,-		KT 45/20 für je € 20,-	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
0 - 15	1,06	1,06	0,58	0,58	-	-
16	1,06	1,06	0,58	0,58	2,48	3,20
17	2,20	3,27	0,68	1,58	2,60	3,32
18	2,20	3,27	0,68	1,58	2,72	3,44
19	2,20	3,27	0,68	1,58	2,84	3,56
20	2,20	3,27	0,68	1,58	3,00	3,72
21	5,20	6,85	1,70	2,00	3,16	3,84
22	5,34	6,99	1,76	2,06	3,32	4,00
23	5,48	7,13	1,84	2,12	3,48	4,12
24	5,61	7,28	1,92	2,20	3,64	4,28
25	5,75	7,43	1,98	2,26	3,84	4,44
26	5,88	7,57	2,06	2,32	4,04	4,60
27	6,02	7,72	2,14	2,40	4,24	4,76
28	6,15	7,87	2,22	2,46	4,48	4,88
29	6,27	8,01	2,30	2,54	4,72	5,04
30	6,40	8,15	2,38	2,60	4,96	5,24
31	6,53	8,30	2,48	2,68	5,20	5,40
32	6,65	8,44	2,56	2,76	5,48	5,56
33	6,78	8,59	2,66	2,86	5,76	5,76
34	6,90	8,73	2,76	2,94	6,04	5,96
35	7,02	8,87	2,86	3,04	6,32	6,16
36	7,15	9,02	2,96	3,12	6,60	6,40
37	7,27	9,16	3,08	3,24	6,96	6,60
38	7,39	9,30	3,20	3,34	7,28	6,88
39	7,51	9,45	3,32	3,44	7,60	7,12
40	7,63	9,59	3,44	3,56	7,96	7,36
41	7,75	9,73	3,56	3,68	8,32	7,60
42	7,87	9,88	3,68	3,80	8,72	7,88
43	7,99	10,03	3,82	3,92	9,12	8,12
44	8,11	10,17	3,96	4,06	9,56	8,36
45	8,23	10,31	4,08	4,18	9,96	8,64
46	8,35	10,42	4,22	4,32	10,44	8,88
47	8,43	10,54	4,38	4,46	10,88	9,16
48	8,52	10,64	4,52	4,60	11,28	9,36
49	8,62	10,74	4,66	4,74	11,72	9,56
50	8,71	10,83	4,82	4,88	12,12	9,80
51	8,79	10,92	4,98	5,04	12,56	10,00
52	8,88	10,99	5,14	5,18	12,96	10,20
53	8,96	11,06	5,30	5,34	13,40	10,40
54	9,03	11,12	5,48	5,50	13,80	10,56
55	9,09	11,18	5,64	5,66	14,24	10,76
56	9,15	11,22	5,82	5,82	14,64	10,92
57	9,20	11,25	6,00	6,00	15,04	11,08
58	9,24	11,27	6,20	6,16	15,40	11,24
59	9,27	11,27	6,38	6,34	15,76	11,36
60	9,30	11,27	6,58	6,52	16,24	11,56
61	9,32	11,27	6,76	6,68	16,72	11,76
62	9,33	11,27	6,96	6,84	17,16	11,96
63	9,35	11,27	7,14	7,02	17,52	12,12
64	9,36	11,27	7,34	7,18	17,76	12,24

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

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

## Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

### Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

### Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

### Anzeigepflicht (vorvertraglich)

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

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

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

### Kundengeldsicherung

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

### Einwilligung des Versicherers bei Tagesgeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHER Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHER Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

### Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

#### A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

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

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

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

Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

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

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

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

#### B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

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

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HALLESCHER.

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2. Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

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

### 3. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

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

von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

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

### D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

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

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

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

### Versicherungsbeginn

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

### Zustandekommen des Vertrages

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

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

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

#### Der Widerruf ist zu richten an:

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

**Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 05-3 33**

#### Widerrufsfolgen

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

#### Besondere Hinweise

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

#### Ihre

**HALLESCHE Krankenversicherung**

# Empfangsbestätigung

Datum des Antrags/der Anmeldung

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Versicherungsnehmer/Hauptversicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

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

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Produktinformationsblatt

Verbraucherinformation

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif

Ort/Datum

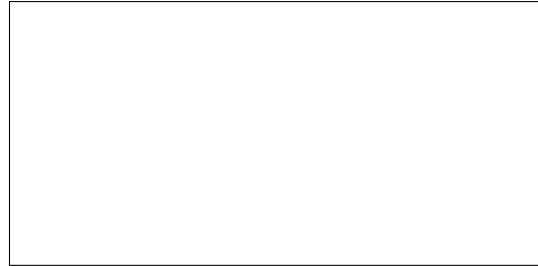
Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten



Einfach ausgezeichnet!



Wir sind für Sie da!



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit  
70166 Stuttgart  
service@hallesche.de · www.hallesche.de

ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern