Hallesche
ALH Gruppe

KRANKENHAUS-SCHUTZBRIEF CSAW/KH.
Antrag

Weil Privatsphäre gerade im Kranken-haus wichtig ist.

Hinweis: Bitte beachten Sie vorab die „Erklärung zum Beratungsrecht“ im Antrag. Wir beraten Sie gerne.

Ein Krankenhausaufenthalt ist eine Ausnahmesituation. Aber warum deshalb gleich die eigene Privatsphäre aufgeben?

Ihr Zimmernachbar hat Besuch von seiner Großfamilie, bei einem weiteren dröhnt laute Musik aus den Kopfhörern, der Patient direkt neben Ihnen muss immer wieder auf die Bettpfanne, Sie haben keinen Appetit und das Mittagessen Ihres Gegenübers riecht man im ganzen Raum – Alltag in einem Mehrbettzimmer.

Ihr persönlicher Krankenhaus-Schutzbrief

Ein Schutzbrief fürs Krankenhaus? Ja genau. Denn nur so können Sie wählen, ob Sie lieber in einem Ein- oder Zweibettzimmer liegen, sich das Krankenhaus frei aussuchen und sich vom Privatarzt behandeln lassen.

Tarif CSAW: Damit Sie nicht extra die Decke über den Kopf ziehen müssen, um Privatsphäre zu haben.

Mit Krankenhaus-Schutzbrief

Wahlleistungen im Krankenhaus – Tarif CSAW

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Privatärztliche Behandlung
- Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient
- Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld
- Freie Krankenhauswahl
- Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- Erstattung der Kosten für eine Begleitperson bei versicherten Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr

Krankenhaustagegeld – Tarif KH.10

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

Ohne Krankenhaus-Schutzbrief

Gesetzliche Krankenversicherung

- Unterbringung im Mehrbettzimmer
- Behandlung durch den diensthabenden Arzt
- Keine freie Krankenhauswahl
- Für die ersten 28 Tage im Krankenhaus im Kalenderjahr 10 € Zuzahlung pro Tag

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

Sie möchten von den Leistungen und Vorteilen unserer privaten Zusatzabsicherung profitieren?

Trennen Sie bitte die folgenden Unterlagen aus diesem Heft heraus:

- Antrag auf private Zusatzversicherung,
- Empfangsbestätigung **und**
- SEPA-Lastschriftmandat

Bitte senden Sie diese Unterlagen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** an folgende Adresse:

Hallesche Krankenversicherung a. G.
70166 Stuttgart

Sie erhalten dann in Kürze von uns Antwort.
Vielen Dank!

Antrag auf private Zusatzversicherung

Hallesche
ALH Gruppe

Versicherungsnummer	Vermittlernummer
	Antragsnummer

Name/Vorname (Antragsteller/Versicherungsnehmer)	Geburtsdatum	Telefon (freiwillige Angabe)
Straße	☐ männlich (m) ☐ weiblich (w)	Fax (freiwillige Angabe)
PLZ / Wohnort	Beruf	E-Mail (freiwillige Angabe)

☑ Ja, ich wähle folgende Absicherung

1. Person

☐ Für mich, den Antragsteller

oder ☐ Für

	Name/Vorname	Geburtsdatum	☐ (m) ☐ (w)	Beruf
2. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	☐ (m) ☐ (w)	Beruf
3. Person	Name/Vorname	Geburtsdatum	☐ (m) ☐ (w)	Beruf

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach den Tarifen CSAW und/oder KH.10 nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter „Erklärung des Antragstellers" von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Versicherungsnehmer

Falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig zu versichernde Person ist:
Besteht zwischen der zu versichernden Person und dem Antragsteller/Versicherungsnehmer ein Verwandtschaftsverhältnis im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung?

1. Person	☐ nein	☐ ja,	Verwandtschaftsverhältnis
2. Person	☐ nein	☐ ja,	Verwandtschaftsverhältnis
3. Person	☐ nein	☐ ja,	Verwandtschaftsverhältnis

Wird die Frage mit „nein" beantwortet, ist für die betroffene Person ein eigenständiger Antrag einzureichen.
Eine Änderung des Verwandtschaftsverhältnisses während der Vertragslaufzeit ist dem Versicherer umgehend mitzuteilen.

Definition des Verwandtschaftsverhältnisses
Angehöriger im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung sind
- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft*
- Geschwister und deren Ehegatten/Lebenspartner, Geschwister der Ehegatten/Lebenspartner*
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder
- Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern

*auch wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person
- derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht,
- außerdem in den vergangenen 12 Monaten ein ununterbrochener Krankenversicherungsschutz im In- und/oder Ausland bestand.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt > >

Versicherungsbeginn

(Erläuterung siehe Vertragsunterlagen)

01. ☐☐ ☐☐☐☐
Monat Jahr

Krankenhaus-Schutzbrief

	☐ **Wahlleistungen** im Krankenhaus bei Krankheit, Unfall und Entbindung Tarif CSAW • Privatärztliche Behandlung		☐ **Krankenhaustagegeld** Tarif KH.10 • Ab dem ersten Tag im Krankenhaus in Höhe von 10 € täglich	
1. Person	☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag	
2. Person	☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag	
3. Person	☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag	

SEPA-Lastschriftmandat

Um am Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, reichen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag bei uns ein.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt > >

Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

VG 13 – 01.21

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

	1. Person		2. Person		3. Person	
	Größe/cm		Größe/cm		Größe/cm	
	Gewicht/kg		Gewicht/kg		Gewicht/kg	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorge- und Routineuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen wegen Vorerkrankungen oder Entwicklungsstörungen) oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen, die diese durchgeführt haben, statt oder bestand Pflegebedürftigkeit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt? (Bis Eintrittsalter 32 nur für die letzten 5 Jahre zu beantworten. – Definition „Eintrittsalter“ siehe Rückseite.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VG 10/13 – 12.21

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt > >

	1. Person		2. Person		3. Person	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
3. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Findet derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch (für Männer und Frauen zu beantworten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung, Behandlung oder Operation durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Personen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden, Abhängigkeiten (z.B. Drogen, Alkohol, Medikamente), körperliche Fehler oder psychische Störungen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen Aids-Test)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Falls „ja“, bitte Kopie Feststellungsbescheid mit genauer Bezeichnung der Behinderung und Behinderungsgrad beifügen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel – ggf. auch zur reinen Vorbeugung – eingenommen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Besteht Fehlsichtigkeit größer +8 bzw. kleiner –8 Dioptrien? Wenn „ja“, bitte Dioptrienwerte angeben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dioptrienwert:

	rechts	links
1. Person		
2. Person		
3. Person		

Weitere Erläuterungen zum Gesundheitszustand

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Art der Erkrankung oder Beschwerden, Verletzungen, Behandlungen, Kur usw./Untersuchungsbefunde (bei Vorsorge-, Routine- und Kontrolluntersuchungen bitte die Untersuchungsergebnisse angeben), Art der körperlichen Fehler, psychischen Störungen und der erforderlichen Medikamente?	Wie oft aufgetreten?	Von wann/ bis wann?	Operation? nein	Operation? ja	Liegt völlige Ausheilung vor? nein	Liegt völlige Ausheilung vor? ja	Seit wann? Tag/Monat/Jahr	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt?
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐		

Weitere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 11

Zu Frage Nr.	Zu Pers. Nr.	Name und Anschrift der Sie behandelnden Person bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt

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: _____

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt > >

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben im Antrag zutreffend und vollständig sind.
Bitte beachten Sie hierzu den **„Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“** bei den Angaben zum Gesundheitszustand.

Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen in Ihren Vertragsunterlagen. 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 in Ihren Vertragsunterlagen unter „Widerrufsbelehrung“.

Wartezeiten: Von Versicherungsbeginn an besteht für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Für die übrigen tariflichen Leistungen besteht eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Die allgemeine Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Leistungsinanspruchnahme.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen ✗
	Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen ✗

Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Hallesche unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den folgenden Seiten dieses Antrages. Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.**

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
   1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Hallesche Krankenversicherung
   2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
      2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
      2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
   3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Hallesche Krankenversicherung
      3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
      3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
      3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
      3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
   4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers ✗
Unterschrift mitversicherte Personen (sofern nicht gesetzlich vertreten) ✗	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ✗

Erklärung zum Beratungsrecht

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich vor Antragstellung objektiv und in verständlicher Form beraten wurde und eine wohlinformierte Entscheidung treffen konnte. Der Vertrag entspricht demgemäß meinen Wünschen und Bedürfnissen. Die Beratungsdokumentation dazu wurde mir (in Papierform, per E-Mail oder auf einem dauerhaften Datenträger) überlassen.

☐ Ich verzichte vor Abschluss des Versicherungsschutzes auf eine Beratung.
Mir ist bekannt, dass sich mein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer und/oder Versicherungsvermittler Schadenersatzansprüche wegen einer Pflichtverletzung im Zusammenhang mit der Beratung zum gewünschten Versicherungsschutz geltend zu machen.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers ✗

Achtung: Sollten Sie keine der beiden oben angegebenen Erklärungen (bitte nur eine der beiden Optionen ankreuzen) abgeben, können wir Ihren Antrag nicht weiter bearbeiten, selbst wenn alle sonstigen Angaben gemacht wurden. Das heißt für Sie: Der Versicherungsschutz kommt nicht zustande. Für eine Beratung wenden Sie sich bitte an Ihren persönlichen Ansprechpartner im Außendienst. Ihren Beratungswunsch nimmt auch unser Service-Telefon gerne unter 0800 3020100 (Montag – Freitag von 8 – 20 Uhr, gebührenfrei innerhalb Deutschlands) entgegen.

Bitte nicht vergessen, die Empfangsbestätigung auf dem nächsten Blatt zu unterschreiben > >

Wie erhalte ich meine vertragsrelevanten Unterlagen?

Ein Bestandteil der Krankheitskosten-Zusatzversicherung Tarif CSAW und der Krankenhaustagegeldversicherung Tarif KH sind die jeweils zugehörigen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ sowie weitere vertragsrelevante Unterlagen, die diesem Schutzbrief nicht beiliegen.

- Diese Unterlagen erhalten Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner.
- Falls nicht, können Sie die Unterlagen im Internet unter **www.hallesche.de/krankenhausschutzbrief-vvg** aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

Nach Erhalt der Unterlagen bitten wir Sie, nachfolgend den Empfang zu bestätigen.

Empfangsbestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bezüglich der von mir beantragten Tarife CSAW und/oder KH.10 jeweils die folgenden Unterlagen in Textform erhalten habe:

- Die „Allgemeine Versicherungsbedingungen“: Tarif nebst Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) sowie Tarifbedingungen (TB/KK 2013).
- Das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ und die „Verbraucherinformation“ sowie „Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“.
- Die „Widerrufsbelehrung“ und den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ habe ich ebenfalls in Textform erhalten.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers
	✗

Bitte nicht vergessen, das SEPA-Lastschriftmandat auf dem nächsten Blatt auszufüllen und zu unterschreiben > >

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Hallesche
ALH Gruppe

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz
„wird nachgeliefert“

Hallesche
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

oder per Fax an die 0711 6603-333

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Hallesche Krankenversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hallesche Krankenversicherung a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Hallesche Krankenversicherung a. G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber[1])

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Zustelladresse (nur falls abweichend):

Straße und Hausnummer bzw. Postfach

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

✗

[1] Sofern Sie als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer/Hauptversicherter sind, können Sie die „Informationen zur Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung“ bei Neuanträgen/-anmeldungen beim Versicherungsnehmer/Hauptversicherten einsehen. Diese Informationen finden Sie auch im Internet (unter www.hallesche.de/datenschutz) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o. g. Adresse, per E-Mail (unter service@hallesche.de) oder telefonisch (unter 0800 3020-100) anfordern.

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der Hallesche Krankenversicherung a. G. mit folgendem Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Versicherungsnummer (falls bekannt)

Zahlungsweise: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich (3 % Skonto[2])

Für den Tarif VSAplus kann keine Zahlungsweise gewählt werden, da es sich um einen „Einmalbeitrag“ handelt.
Um die Zulageberechtigung nicht zu gefährden, ist im Tarif FÖRDER*bar* keine jährliche Zahlungsweise möglich.

[2] Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen.

Monatlicher Beitrag in €:

Alter	CSAW.1 Einbett-zimmer	CSAW.2 Zweibett-zimmer	KH.10 für je 10 €
0–16	5,98	4,92	0,56
17–20	12,88	10,76	0,70
21	37,26	28,36	1,84
22	38,23	29,09	1,90
23	39,21	29,83	1,96
24	40,20	30,57	2,02
25	41,20	31,32	2,08
26	42,19	32,08	2,16
27	43,18	32,83	2,22
28	44,15	33,58	2,28
29	45,11	34,33	2,36
30	46,06	35,07	2,42
31	46,99	35,81	2,50
32	47,92	36,56	2,58
33	48,86	37,31	2,66
34	49,82	38,08	2,74
35	50,79	38,87	2,82
36	51,80	39,68	2,90
37	52,83	40,52	2,98
38	53,92	41,40	3,08
39	55,06	42,32	318
40	56,28	43,28	3,28
41	57,56	44,29	3,38
42	58,89	45,32	3,48
43	60,29	46,41	3,60
44	61,76	47,53	3,72
45	63,28	48,71	3,84
46	64,89	49,94	3,96
47	66,56	51,21	4,10
48	68,29	52,54	4,22
49	70,10	53,93	4,36
50	71,97	55,36	4,50
51	73,92	56,85	4,66
52	75,95	58,40	4,80
53	78,04	60,00	4,96
54	80,22	61,67	5,10
55	82,49	63,41	5,26
56	84,85	65,21	5,44
57	87,25	67,06	5,60
58	89,74	68,97	5,78
59	92,32	70,95	5,94
60	94,97	72,99	6,12
61	97,69	75,11	6,30
62	100,50	77,30	6,48
63	103,40	79,57	6,68
64	106,40	81,93	6,86

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

Für Kinder und Jugendliche (bis 20) gilt: Kinder zahlen bis zum Ende des Jahres, in dem das Kind 16 Jahre alt wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0–16. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem der/die Jugendliche 20 Jahre alt wird, ist der Beitrag der Altersgruppe 17–20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen. Dieser steigt dann aufgrund eines höheren Alters nicht mehr an.

Datenschutzerklärung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 bzw. diese Anmeldung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Hallesche Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Privaten Krankenversicherung benötigt die Hallesche 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Hallesche Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Hallesche 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 Hallesche Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die Hallesche Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung 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 Hallesche 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 Hallesche 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 Hallesche 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 Hallesche Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hallesche Krankenversicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antrags- bzw. Anmeldebearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung 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 Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung 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 Hallesche 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 Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung 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 bzw. -anmeldungen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung an die Hallesche Krankenversicherung übermittelt werden.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung 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 Hallesche Krankenversicherung

Die Hallesche 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 Hallesche 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 Hallesche 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 Hallesche Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Hallesche 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 in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe oder einer anderen Stelle.

Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die Hallesche Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Hallesche 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: Hallesche Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0800 3020-100 angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Hallesche 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 Hallesche Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hallesche Krankenversicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Hallesche Krankenversicherung Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre Versicherungsanmeldung oder Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Hallesche Krankenversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Hallesche Krankenversicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hallesche Krankenversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Hallesche 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 Hallesche 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hallesche Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Die Hallesche Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Hallesche Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. gespeichert.

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antrags- bzw. Anmeldebearbeitung

Im Rahmen der Antrags- bzw. Anmeldebearbeitung 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 Hallesche 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 willige ein, dass die Hallesche Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrags bzw. dieser Anmeldung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung 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 bzw. -anmeldungen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung an die Hallesche 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 Hallesche Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

III. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt seit 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 Hallesche und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon: 0711 6603-0
Fax: 0711 6603-333
E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter" oder per E-Mail unter datenschutz@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 uns 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 berechtigte 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 der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe 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 Hallesche 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- bzw. 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 in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer ALH Gruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der ALH Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr.

Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen der ALH Gruppe 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 der ALH Gruppe 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
Königstraße 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 Zahlungsmitteilung. 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.

Datenschutz: Dienstleisterliste

Stand: Juni 2021

Hallesche
ALH Gruppe

Von der Hallesche 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, Wiesbaden • Creditreform e. V., Neuss • Arvato Infoscore GmbH, Baden-Baden
• Datenträger-/Aktenentsorgung	• Entsorgungsunternehmen • documentus GmbH, Stuttgart
• Digitale Kommunikation	• Serviceware SE, Bad Camberg • mailingwork GmbH, Oederan
• Druck-/ Kuvertierarbeiten und Versand	• Druckereien und Postdienstleister
• Durchführung von Web-Konferenzen und Bereitstellung einer Konferenz-Plattform	• CSN Communication Service Network GmbH, Düsseldorf
• Endkundenplattform „fin4u“	• fundsaccess AG, BANKSapi GmbH, München
• Endkundenplattform „hallesche4u“	• SDA SE Open Industry Solutions, Hamburg
• Firmenkundenportal in der betrieblichen Krankenversicherung	• eVorsorge Systems GmbH, München
• Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	• Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg • KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg
• Immobilien	• Verwalter, Hausmeisterdienste, Handwerker, Abrechnungsunternehmen, Architekten, Fachanwälte, Immobilienmakler, IT-Dienstleister, Projektentwickler
• IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung, Archivierung von aufbewahrungspflichtigen Daten, System-Beratung und -Unterstützung)	• Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
• Marktforschung (Marktanalysen, Servicestudien, Kundenbefragungen auch im Rahmen von Ratings)	• Marketing-/ Marktforschungsunternehmen, Ratingagenturen • ASSEKURATA (Ratingagentur), Köln
• Servicekartenherstellung („Card für Privatversicherte“)	• Giesecke & Devrient GmbH, München
• Treuhänderische Tätigkeiten	• Treuhänder
• Videoberatung (Bereitstellung der Infrastruktur für web-basierte Videochats)	• Flexperto, Frankfurt a. M.

* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer „Datenschutzerklärung/Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“

DS 10 – 06.21

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart, Betrieblicher Datenschutzbeauftragter, E-Mail: datenschutz@hallesche.de

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

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
• Assistance-Leistungen (Reiserückholdienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Pflegedienstleistungen/-abrechnungen, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte)	• MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen • Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln • Global Medical Management Inc. (GMMI), Pembroke Pines, Florida (USA) • Anbieter medizinischer Produkte
• Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	• MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen • Henner Group, Paris
• Erstellung von medizinischen Gutachten, Beauftragung von medizinischen Nachuntersuchungen	• Ärztlicher Dienst der Hallesche • Medizinische Gutachter
• Juristische Beratung	• Rechtsanwälte
• Telefonischer Kundenservice	• Webhelp Holding Germany GmbH, Nürnberg
• Übersetzungen von Auslandsrechnungen	• Übersetzungsbüros
• Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)	• IBM Deutschland, Ehningen • Digi-Texx, München

Datenverarbeitung in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe (ALH Gruppe)

Zur ALH Gruppe gehören folgende Gesellschaften

- Alte Leipziger Lebensversicherung a. G.
- Hallesche Krankenversicherung a. G.
- Alte Leipziger Versicherung AG
- Alte Leipziger Holding AG
- Alte Leipziger Bauspar AG
- Alte Leipziger Trust Investment-Gesellschaft mbH
- Alte Leipziger Treuhand GmbH
- Alte Leipziger Pensionskasse AG
- Alte Leipziger Pensionsfonds AG
- Alte Leipziger Pensionsmanagement GmbH

Gemeinsame Verarbeitung von Stammdaten

- Die Stammdaten umfassen gemäß „Code of Conduct“ (Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft) 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.

  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 Versicherungsnehmers und Hauptversicherten sowie der versicherten Personen in der ALH Gruppe in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.
- Ansonsten bestehen für die Daten der jeweiligen Unternehmen der ALH Gruppe getrennte Datenhaltungen und Datennutzungen. Dies erfolgt im Einklang mit der aufsichtsrechtlich geforderten Spartentrennung.

Verarbeitung personenbezogener Daten in der ALH Gruppe

- Bestimmte Aufgaben in der ALH Gruppe werden unternehmensübergreifend wahrgenommen. Hierbei kann es erforderlich sein, dass auch personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Verarbeitung ist dann über Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO („Berechtigte Interessen“) legitimiert oder über Art. 26 DSGVO („Gemeinsam Verantwortliche“) oder über Art. 28 DSGVO („Auftragsverarbeitung“) oder durch arbeitsvertraglich festgelegte Verantwortlichkeiten geregelt.

  Es handelt sich dabei um folgende Tätigkeitsbereiche:
  - Betrieblicher Datenschutz
  - Betriebsorganisation
  - Compliance
  - Immobilienmanagement
  - Informationssicherheitsbeauftragter
  - Interne Revision
  - IT-Technik
  - Marketing
  - Personalwesen
  - Rechnungswesen
  - Rechtsabteilung
  - Risikomanagement
  - Vertriebsverwaltung
  - Vorstandsbereich

Hinweis: Sollten wir 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 angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Informationen dazu können Sie bei uns anfordern.

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

Vors. des Aufsichtsrats: Dr. Walter Botermann · Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettnaker, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek
Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · USt.-IdNr. DE 147802285 · Beiträge zu privaten Kranken- und Pflegekrankenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei

VG 10/13 – 12.21

Die wichtigsten Vorteile im Überblick

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Privatärztliche Behandlung
- Freie Krankenhauswahl
- Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient
- Rooming-in bei versicherten Kindern

Einfach ausgezeichnet!

UNTERNEHMENSQUALITÄT
Privater Krankenversicherer
SEHR GUT
HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
01/2021
www.assekurata.de
A+
ASSEKURATA

Folgen Sie uns

Hallesche
Krankenversicherung a. G.
70166 Stuttgart
service@hallesche.de
www.hallesche.de
www.alh-newsroom.de

W 254 – 12.21