

**PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG
OLGAflex & FÖRDERbar**
Antrag

Mit OLGAflex die Turbulenzen im Leben meistern.

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



Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters.

Durch einen schweren Unfall oder eine tückische Erkrankung kann es jeden treffen – schon durch eine kleine Unachtsamkeit im täglichen Leben.

Vom Pflegefall zum Sozialfall?

Wer frühzeitig die richtige Vorsorge trifft, gerät später nicht in eine finanzielle Schieflage. Denn die Leistung der gesetzlichen Pflegekasse reicht nicht aus, um die durchschnittlich anfallenden Kosten abzudecken. Immer mehr Pflegebedürftige werden zum Sozialfall.

Beispiel: Eigenanteil im Pflegeheim Stuttgart „auf der Waldau“ für die Pflegegrade 2–5 im 1. Jahr*

Monatlicher Eigenanteil an den Pflegekosten inkl. Fixkosten (u. a. Unterkunft/Verpflegung)**	3.302 €
Eigenanteil im 1. Jahr	39.624 €

Schließen Sie Ihre finanzielle Lücke mit OLGAflex oder mit OLGAflex + FÖRDERbar.

39.624 €

Jährlicher
Eigenanteil für
Pflegegrad 2–5
Monatlich 3.302 €

32.400 €

Jährliche Leistung
Tarif OLGAflex***
Monatlich 2.700 €

7.200 €



Ein Pflegefall dauert durchschnittlich 7 Jahre. Dabei entstehen Kosten weit im sechsstelligen Bereich!

Leistung
Tarif FÖRDERbar
600 € pro Monat

* Quelle: AOK-Pflegeheim-Navigator, Januar 2024, eigene Berechnung.

** Die Leistung der Pflegeversicherung inkl. Zuschuss zum Eigenanteil an den Pflegekosten ist bereits berücksichtigt.

*** Absicherbar durch OLGAflex mit 90 € Tagegeld.

Gewusst?

Olga Romanowa war im 19. Jahrhundert die Schirmherrin der ersten Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die Hallesche, als Erfinder der Pflegeversicherung, bietet mit OLGAflex hervorragenden Schutz zum flexiblen Beitrag.

Hallesche Optionsrecht:

Lebenslange Garantie, um infolge gesetzlicher Änderungen in neue Tarife zu wechseln.

Kinder haften für ihre Eltern

Zur Deckung der Kosten kann das Sozialamt auch das Einkommen des Ehepartners und der Kinder prüfen, die unterhaltspflichtig sind. Auch auf Einkünfte aus z. B. Vermietung, Verpachtung oder Wertpapierhandel der Angehörigen kann unter Umständen zugegriffen werden.

Was kann ich tun?

Die Pflegezusatzversicherung OLGAflex der Hallesche hilft Ihnen, die finanzielle Versorgungslücke zu schließen. Während Sie bei OLGAflex von vollem Pflegeschutz zum flexiblen Beitrag profitieren, bietet Ihnen der Tarif FÖRDERbar neben einem günstigen Beitrag einen staatlichen Zuschuss von 5 € pro Monat.

Voller Pflegeschutz zum flexiblen Beitrag – genau so, wie es Ihnen passt.

OLGAflex ermöglicht durch die flexible Beitragsgestaltung jedem die optimale Pflegeabsicherung: Mit vollem Schutz von Anfang an.

Ihre Pflegeleistung	OLGAflex	
	ambulant	stationär
Leistung bei PG*		
PG 1	10 %	10 %
PG 2	30 %	100 %
PG 3	70 %	100 %
PG 4	100 %	100 %
PG 5	100 %	100 %

Vorteile von OLGAflex

- Bis zu 4.500 € Pflegegeld im Monat extra (150 € pro Tag)
- 100 % bei vollstationärer Pflege bereits ab PG 2
- Werterhaltungsgarantie = lebenslange Dynamisierung
- 2. Chance: Alternative Pflegeeinstufung zur Gesetzlichen
- Extrazahlung: Einmalig bis zu 9.000 € in PG 4 oder 5
- Unfallhilfe: Einmalig bis zu 31.500 € in PG 4 oder 5
- Beitragsbefreiung ab PG 4
- Weltweite Geltung
- Umfangreiche Assistance-Leistungen
- Flexible Beitragszahlung: Reduzierter Startbeitrag und flexible Beitragsreduktion bis zum 60. Lebensjahr möglich

OLGAflex hilft! Für jeden den passenden Beitrag.

In manchen Lebenssituationen kann der finanzielle Spielraum eingeschränkt sein. Viele verzichten daher ganz auf die notwendige Pflegeabsicherung oder wählen diese zu niedrig. Mit OLGAflex können Sie die Höhe Ihres Beitrags flexibel gestalten und einen reduzierten Startbeitrag wählen – **und das bei voller Leistung von Anfang an.**

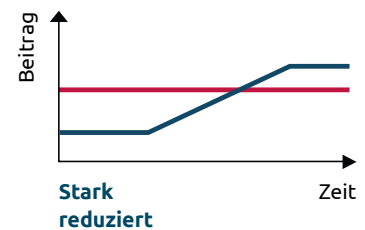
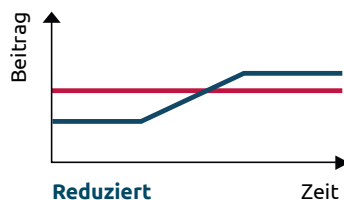
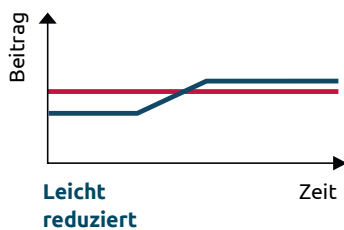
Ihr Beitrag kann in Tarif OLGAflex auch später noch flexibel an Ihre individuelle Lebenssituation angepasst werden (z. B. Studium, Eigenheimfinanzierung, Elternzeit, Arbeitslosigkeit), ohne dass Sie uns Ihre Gründe nennen müssen.

Klassische Beitragszahlung



oder

Reduzierter Startbeitrag



*PG = Pflegegrad

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

Pflege ist FÖRDERbar!

FÖRDERbar – Staatlich geförderter Pflegeschutz

Mit der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung FÖRDERbar profitieren Sie von finanzieller Unterstützung im Pflegefall! Sichern Sie sich die Förderung mit einem staatlichen Zuschuss von 5 € pro Monat bzw. 60 € pro Jahr – das sind bis zu 33 %, die der Staat für Sie übernimmt.

Ihre Pflegeleistung	FÖRDERbar
Leistung bei PG*	ambulant/stationär
PG 1	10 %
PG 2	20 %
PG 3	30 %
PG 4	50 %
PG 5	100% (mind. 600 € Pflegemonatsgeld)

Vorteile von FÖRDERbar

- Finanzielle Unterstützung in allen Pflegegraden
- Gleiche Leistung auch bei Pflege durch Ihre Angehörigen
- Keine Wartezeit bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls
- Keine Gesundheitsprüfung
- Staatlicher Zuschuss von 5 € pro Monat
- Die staatliche Zulage beantragen wir für Sie

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

Bitte füllen Sie die folgenden Unterlagen

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

aus und senden uns diese **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** an die folgende Adresse zurück:

Hallesche Krankenversicherung a. G.
70166 Stuttgart

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

Einfach ausgezeichnet!



FÖRDERbar

Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung der Hallesche bietet finanzielle Unterstützung im Pflegefall.

Hallesche Optionsrecht:

Lebenslange Garantie, um infolge gesetzlicher Änderungen in neue Tarife zu wechseln.

Zwei, die sich optimal ergänzen: FÖRDERbar + OLGAFlex

Tarif FÖRDERbar allein reicht jedoch nicht aus, um die finanzielle Lücke im Pflegefall zu schließen. Aus diesem Grund bietet die Hallesche mit der Pflegezusatzversicherung OLGAFlex eine optimale Ergänzung zu Tarif FÖRDERbar – und damit ein Rundum-sorglos-Paket im Pflegefall.

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

Bei der Hallesche ist Ihre Zukunft in besten Händen.

Als erster bundesweiter Anbieter einer Pflegeversicherung in Deutschland bietet Ihnen die Hallesche exzellentes Know-how und über 30 Jahre Erfahrung in Sachen Pflege.

Folgen Sie uns



Hallesche Krankenversicherung a. G.

70166 Stuttgart · service@hallesche.de · www.hallesche.de · www.blog.alh.de

Antrag

- Pflegezusatzversicherung (Tarif OLGAFlex)
- Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FÖRDERbar)

Mit diesem Antrag werden zwei getrennte Verträge abgeschlossen.

Versicherungsnummer		Vermittlernummer
Geburtsdatum		Antragsnummer
Zuname, Vorname (Antragsteller/Versicherungsnehmer)	Telefon (freiwillige Angabe)	
Straße	Fax (freiwillige Angabe)	
PLZ	Wohnort	E-Mail (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung (Tarif OLGAFlex)

1. Person

Für mich, den Antragsteller

oder Für

Zuname, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Zuname, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)

2. Person

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif OLGAFlex nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter „Erklärung des Antragstellers“ von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (Tarif OLGAFlex)

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Verwandtschaftsverhältnis
2. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 lebenspartner-schaftsähnlichen 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 (Tarif OLGAFlex)

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person

- derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht,
- außerdem in den vergangenen 12 Monaten ein ununterbrochener Krankenversicherungsschutz im In- und/oder Ausland bestand.

Versicherungsbeginn (Tarif OLGAflex) (Erläuterung siehe Vertragsunterlagen)

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, – je nach Verschulden – vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ bei den Angaben zum Gesundheitszustand bei Tarif OLGAflex.

Ist eine der zu versichernden Personen werdende Mutter oder werdender Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?

nein ja

Wenn „ja“: Wann wird die Geburt (lt. Mutterpass) erwartet bzw. wann ist der Adoptionstermin (lt. Gerichtsbeschluss)?

1. Person

Datum Geburts-/Adoptionstermin

2. Person

Datum Geburts-/Adoptionstermin

Im Falle einer anstehenden Geburt oder Adoption kann der Versicherungsbeginn frühestens zum 1. des Vormonats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein (Geburts-/Adoptionsmonat – 1 Monat). Betrifft dies beide zu versichernden Personen, ist zur Berechnung des Versicherungsbeginns der späteste der oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonate zugrunde zu legen.

01.
Monat Jahr

Bitte beachten Sie: Eine Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG ist nur möglich, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens 3 Monate versichert gewesen ist.

Pflegezusatzversicherung

Tarif OLGAflex

1. gewünschtes Pflegegeld:

1. Person

Mindestens 10 €
bis maximal 150 €
pro Tag (entspricht
mindestens 300 €
bis maximal 4.500 €
Pflegegeld pro Monat)

2. gewünschte Beitragszahlung:

- voller Beitrag (100 % AR)
- leicht reduzierter Startbeitrag (80 % AR/20 % Ri)
- reduzierter Startbeitrag (50 % AR/50 % Ri)
- stark reduzierter Startbeitrag (20 % AR/80 % Ri)
- voll reduzierter Startbeitrag (100 % Ri)

3. entspricht folgender Absicherung:
(gemäß Tabelle auf der Rückseite)

gewünschtes
Pflegegeld:

Monatsbeitrag:

2. Person

Mindestens 10 €
bis maximal 150 €
pro Tag (entspricht
mindestens 300 €
bis maximal 4.500 €
Pflegegeld pro Monat)

- voller Beitrag (100 % AR)
- leicht reduzierter Startbeitrag (80 % AR/20 % Ri)
- reduzierter Startbeitrag (50 % AR/50 % Ri)
- stark reduzierter Startbeitrag (20 % AR/80 % Ri)
- voll reduzierter Startbeitrag (100 % Ri)

gewünschtes
Pflegegeld:

Monatsbeitrag:

Gesamtbeitrag:

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 Vertragsabschluss. 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 – 11.22

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.

Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist für die betroffene Person leider kein Vertragsabschluss in Tarif OLGAflex möglich.

	1. Person		2. Person	
	nein	ja	nein	ja
1. Besteht Pflegebedürftigkeit, wurde ein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt oder ist die Antragstellung beabsichtigt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 %?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Person		2. Person	
nein	ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen?

- **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
- **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
- **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
- **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
- **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
- **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:** Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
- **Sonstige Erkrankungen:** Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Verhaltensstörungen (Verhaltensauffälligkeiten), Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose
- **Für Kinder bis zum 7. Geburtstag zusätzlich:** Kindliche Entwicklungsstörung (auch Entwicklungsverzögerung), eine kontroll- oder behandlungsbedürftige angeborene Fehlbildung oder Krankheit (auch ein Verdacht darauf); Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/oder Rechenstörung zählen nicht dazu

Ja, ich wähle folgende Absicherung (Tarif FÖRDERbar)¹

1. Person

Für mich, den Antragsteller

Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
-------------	------------	---------------------

oder

Für

Rentenversicherungsnummer (12-stellig)

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer²

Zuname, Vorname

Geburtsdatum¹ (m) (w)

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße

PLZ

Wohnort

Rentenversicherungsnummer (12-stellig)

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer²

Zuname, Vorname

Geburtsdatum¹ (m) (w)

2. Person

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße

PLZ

Wohnort

Rentenversicherungsnummer (12-stellig)

Es besteht keine Rentenversicherungsnummer²

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif FÖRDERbar nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter „Erklärung des Antragstellers“ von der zu versichernden Person erfüllt werden.

¹ Die zu versichernde Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.

² Für die zulageberechtigte Person ist bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben. Die zu versichernde Person bevollmächtigt daher die Hallesche, eine sogenannte Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen.

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die Hallesche mit Antragstellung unwiderruflich, die Zulage für jedes Jahr bei der zentralen Stelle zu beantragen. Die versicherte Person willigt ein, dass die personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Stelle übermittelt werden.

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (Tarif FÖRDERbar)

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,

2. Person nein ja,

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 lebenspartner-schaftsähnlichen 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 (Tarif FÖRDERbar)

- Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person kein weiterer Vertrag besteht oder beantragt wurde, für den eine Pflegevorsorgezulage gewährt wird.
- Ferner bestätige ich, dass die zu versichernde Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

Versicherungsbeginn (Tarif FÖRDERbar)

(Erläuterung siehe Vertragsunterlagen)

01.
Monat Jahr

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Tarif FÖRDERbar

1. Person	Pflegegeld pro Monat: gemäß Tabelle auf der Rückseite	Monatsbeitrag ³ :	<input type="text"/>
2. Person	Pflegegeld pro Monat: gemäß Tabelle auf der Rückseite	Monatsbeitrag ³ :	<input type="text"/>
Gesamtbeitrag:			<input type="text"/>

³ Die Höhe des abschließbaren Pflegegeldes pro Monat und den Monatsbeitrag entnehmen Sie bitte der Tabelle auf der Rückseite.

Angaben zu der zu versichernden Person (Tarif FÖRDERbar)

Der Gesetzgeber knüpft die Versicherungsfähigkeit in dem von Ihnen beantragten Tarif FÖRDERbar an spezielle Voraussetzungen. Diese sind:

- Die zu versichernde Person hat das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde Person ist in der sozialen (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert.
- Die zu versichernde Person bezieht derzeit keine Leistungen aus der SPV oder PPV und hat auch bisher keine Leistungen aus der SPV oder PPV bezogen. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil die zu versichernde Person vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, erhält oder erhalten hat.

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person alle Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit für die versicherte Person führt (insbesondere auch das Ende der Versicherung in der SPV oder PPV), unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

Beantragung Wartezeitverzicht in Tarif FÖRDERbar (optional)

In Tarif FÖRDERbar gilt eine Wartezeit von 5 Jahren. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus verzichtet die Hallesche auf die Wartezeit, falls Sie die unten stehende Gesundheitsfrage für die zu versichernde Person bestätigen.

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, – je nach Verschulden – vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ bei den Angaben zum Gesundheitszustand bei Tarif OLGAflex.

1. Person

Hiermit bestätige ich, dass

2. Person

Hiermit bestätige ich, dass

- keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht,
- keine Pflegebedürftigkeit besteht, kein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt wurde oder die Antragstellung beabsichtigt ist,
- und aktuell und/oder in den letzten 5 Jahren keine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen bestehen oder bestanden haben:
 - **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
 - **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
 - **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
 - **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
 - **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
 - **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:** Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmor-knochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
 - **Sonstige Erkrankungen:** Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Verhaltensstörungen (Verhaltensauffälligkeiten), Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose

SEPA-Lastschriftmandat (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

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

Hinweis (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Mit diesem Antrag werden zwei rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen abgeschlossen, die auch getrennt poliziert und abgebucht werden.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

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 bei Tarif OLGAflex.

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“. Bitte beachten Sie, falls Sie sowohl Tarif OLGAflex als auch Tarif FÖRDERbar beantragen, haben Sie die Möglichkeit hinsichtlich jedes einzelnen Tarifes, aber auch hinsichtlich beider Tarife zusammen, den Widerruf zu erklären.

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

Datenschutzerklärung (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Die nachfolgenden Einwilligung- 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 Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

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

Erklärung zum Beratungsrecht (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

- 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 X
-----------	--------------------------------------

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 0711 6603-6603 (Montag-Freitag von 8-20 Uhr) entgegen.

Wie erhalte ich meine vertragsrelevanten Unterlagen?

Ein Bestandteil der Pflegezusatzversicherung Tarif OLGAflex und des staatlich geförderten Tarifs FÖRDERbar 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/olgaflex-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 OLGAflex und/oder FÖRDERbar jeweils die folgenden Unterlagen in Textform erhalten habe:

- Die „Allgemeine Versicherungsbedingungen“
 - für OLGAflex: Tarif nebst Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) sowie Tarifbedingungen (TB/EPV 2013).
 - für FÖRDERbar: Musterbedingungen 2017 (MB/GEPV 2017) sowie Tarif mit Tarifbedingungen.
- 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

X

Hallesche
 Krankenversicherung
 auf Gegenseitigkeit
 70166 Stuttgart

 Gläubiger-Identifikationsnummer
 DE89ZZZ00000031444

 Mandatsreferenz
 „wird nachgeliefert“

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 (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 0711 6603-6603) 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 % Skonto²)

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 FÖRDERbar 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 sowie auf die Beiträge zu den Tarifen Hi.Germany und Krankengeld.plus.

Monatlicher Beitrag in €:

Pflegetagegeld	OLGAflex 10 € (entspricht 300 € pro Monat)				
	voller Beitrag (100 % AR)	leicht reduzierter Startbeitrag (80 % AR/20 % Ri)	reduzierter Startbeitrag (50 % AR/50 % Ri)	stark reduzierter Startbeitrag (20 % AR/80 % Ri)	voll reduzierter Startbeitrag (100 % Ri)
Alter	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €	für je 10 €
0–16	5,50	*	*	*	*
17–20	2,90	*	*	*	*
21	7,80	6,42	4,35	2,28	0,90
22	8,10	6,66	4,50	2,34	0,90
23	8,40	6,90	4,65	2,40	0,90
24	8,70	7,14	4,80	2,46	0,90
25	9,00	7,38	4,95	2,52	0,90
26	9,40	7,70	5,15	2,60	0,90
27	9,70	7,94	5,30	2,66	0,90
28	10,10	8,26	5,50	2,74	0,90
29	10,50	8,58	5,70	2,82	0,90
30	11,00	8,98	5,95	2,92	0,90
31	11,40	9,30	6,15	3,00	0,90
32	11,90	9,70	6,40	3,10	0,90
33	12,30	10,02	6,60	3,18	0,90
34	12,90	10,50	6,90	3,30	0,90
35	13,40	10,90	7,15	3,40	0,90
36	13,90	11,30	7,40	3,50	0,90
37	14,50	11,78	7,70	3,62	0,90
38	15,10	12,26	8,00	3,74	0,90
39	15,70	12,74	8,30	3,86	0,90
40	16,30	13,22	8,60	3,98	0,90
41	17,00	13,78	8,95	4,12	0,90
42	17,70	14,34	9,30	4,26	0,90
43	18,40	14,90	9,65	4,40	0,90
44	19,20	15,54	10,05	4,56	0,90
45	20,00	16,18	10,45	4,72	0,90
46	20,90	16,90	10,90	4,90	0,90
47	21,80	17,62	11,35	5,08	0,90
48	22,70	18,34	11,80	5,26	0,90
49	23,70	19,14	12,30	5,46	0,90
50	24,70	19,94	12,80	5,66	0,90
51	25,80	21,22	14,35	7,48	2,90
52	27,00	22,18	14,95	7,72	2,90
53	28,20	23,14	15,55	7,96	2,90
54	29,50	24,18	16,20	8,22	2,90
55	30,80	25,22	16,85	8,48	2,90
56	32,30	26,42	17,60	8,78	2,90
57	33,80	27,62	18,35	9,08	2,90
58	35,40	28,90	19,15	9,40	2,90
59	37,20	30,34	20,05	9,76	2,90
60	39,00	31,78	20,95	10,12	2,90
61	41,00	*	*	*	*
62	43,20	*	*	*	*
63	45,40	*	*	*	*
64	47,90	*	*	*	*
65	50,60	*	*	*	*
66	53,40	*	*	*	*
67	56,40	*	*	*	*
68	59,60	*	*	*	*
69	63,00	*	*	*	*
70	66,80	*	*	*	*

* OLGAflex.Ri steht nur für Erwachsene zwischen 21 und 60 Jahren zur Verfügung, daher ist hier kein Angebot möglich.

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.

Der monatliche Beitrag beträgt mindestens 15 € einschließlich Zulage. Die staatliche Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € wird gestundet, bis die Zulage durch die „Zentrale Stelle für Pflegevorsorge“ (ZfP) dem Vertrag gutgeschrieben wird. Die Höhe des abschließbaren Pflegegeldes pro Monat beträgt im Pflegegrad 5

mindestens 600 €. Entsprechend dem jeweiligen Eintrittsalter sind der Monatsbeitrag und die Höhe des Pflegegeldes pro Monat fest definiert. Bitte entnehmen Sie den für Sie geltenden Beitrag und die Höhe des Pflegegeldes der Tabelle. Entscheidend ist Ihr Eintrittsalter.

Monatlicher Beitrag:

Eintrittsalter	FÖRDERBAR					
	Monatsbeitrag	Pflegegeld pro Monat in				
		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
18	15,21 €	117 €	234 €	351 €	585 €	1.170 €
19	15,20 €	114 €	228 €	342 €	570 €	1.140 €
20	15,12 €	108 €	216 €	324 €	540 €	1.080 €
21	15,05 €	105 €	210 €	315 €	525 €	1.050 €
22	15,30 €	102 €	204 €	306 €	510 €	1.020 €
23	15,18 €	99 €	198 €	297 €	495 €	990 €
24	15,36 €	96 €	192 €	288 €	480 €	960 €
25	15,00 €	90 €	180 €	270 €	450 €	900 €
26	15,30 €	90 €	180 €	270 €	450 €	900 €
27	15,37 €	87 €	174 €	261 €	435 €	870 €
28	15,40 €	84 €	168 €	252 €	420 €	840 €
29	15,39 €	81 €	162 €	243 €	405 €	810 €
30	15,00 €	75 €	150 €	225 €	375 €	750 €
31	15,50 €	75 €	150 €	225 €	375 €	750 €
32	15,36 €	72 €	144 €	216 €	360 €	720 €
33	15,41 €	69 €	138 €	207 €	345 €	690 €
34	15,18 €	66 €	132 €	198 €	330 €	660 €
35	15,12 €	63 €	126 €	189 €	315 €	630 €
36	15,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
37	15,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
38	16,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
39	16,80 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
40	17,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
41	18,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
42	18,80 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
43	19,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
44	20,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
45	21,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
46	22,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
47	23,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
48	24,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
49	25,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
50	26,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
51	27,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
52	28,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
53	29,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
54	30,80 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
55	32,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
56	33,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
57	35,20 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
58	36,80 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
59	38,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
60	40,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
61	42,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
62	44,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
63	46,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
64	49,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
65	51,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
66	54,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
67	57,40 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
68	60,60 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
69	64,00 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €
70	67,80 €	60 €	120 €	180 €	300 €	600 €

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

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 bzw. diese Angebotsanforderung 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 bzw. dieser Angebotsanforderung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung 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. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung 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 bzw. Angebotsanforderung 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 bzw. Angebotsanforderung 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 bzw. der Angebotsanforderung 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 bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung an die Hallesche Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüberhinaus 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 bzw. Angebotsanforderung 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 bzw. Angebotsanforderung 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., Löffelstraße 34–38, 70597 Stuttgart (Degerloch)) oder telefonisch unter 0711 6603-6603 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 bzw. Ihre Angebotsanforderung 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. Angebotsanforderung 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 bzw. Angebotsanforderung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

Im Rahmen der Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung 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 bzw. dieser Angebotsanforderung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung 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 bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung 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.
Löffelstraße 34–38
70597 Stuttgart (Degerloch)
Telefon: 0711 6603-0
Fax: 0711 6603-333
E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

Der Datenschutzbeauftragte ist gemäß DSGVO nicht der Verantwortliche für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten.

Die Beantwortung datenschutzrechtlicher Fragen erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit den für die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zuständigen Mitarbeitern. Sie erreichen unser Datenschutzmanagement bzw. unseren Datenschutzbeauftragten 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 bzw. eine Angebotsanforderung 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 Krankenversicherungsvertrages) 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 bedarfsgerechten Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe sowie für Markt- und Meinungsumfragen, ggf. unter Verwendung eines Marketingscores (siehe Punkt 10),
- zur Verbesserung der Qualität unserer Prozesse und Services, z. B. durch Kundenzufriedenheitsbefragungen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch 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 speziellen 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- bzw. Angebots-, 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 Finanzdienstleistungssachen 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 Jahre nach Beendigung des Vertrages.

5. Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

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

6. Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und die Informationsfreiheit

Königsstraße 10a
70173 Stuttgart

7. Bonitätsauskünfte

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

8. Datenübermittlung in ein Drittland

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

9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zum Versicherungsvertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Damit wollen wir Bearbeitungszeiten reduzieren. Die automatisierte Prüfung erfolgt standardisiert in Form regelbasierter Bearbeitungsschritte. Die Entscheidungen beruhen dabei beispielsweise auf der Anwendung verbindlicher tariflicher Regelungen und allgemein gültiger gebührenrechtlicher Vorschriften.

Ergibt die Prüfung eine negative Leistungsentscheidung, informieren wir über die Gründe in unserer 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.

10. Automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten

Wir verarbeiten Ihre Daten teilweise automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten. Dazu verwenden wir anerkannte mathematisch-statistische Verfahren unter Heranziehung der aktuellen Kundendaten.

Auf Basis der berechtigten Interessen des Versicherers gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO nutzen wir die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten,

- um Sie über Produkte informieren und beraten zu können. Dafür werden Ihre Daten über geeignete Verfahren bereitgestellt. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung. Eingeschlossen sind hier auch die Markt- und Meinungsumfragen,
- um mit einem Marketingscore (Kennzahl zur Einschätzung der Kundenbeziehung anhand vorliegender Daten) bedarfsgerecht eine werbliche Kundenansprache hinsichtlich unserer Services zu ermöglichen. Dazu werden diese persönlichen Daten mit Hilfe mathematisch-statistischer Verfahren analysiert,
- um Kundenzufriedenheitsbefragungen bedarfsgerecht durchführen zu können. Aus den Befragungsergebnissen erhalten wir Erkenntnisse, die es uns ermöglichen, unseren Service zu verbessern und unsere Prozesse zu optimieren.

Im Falle einer Nutzung von Gesundheitsdaten wird anlassbezogen eine separate Einwilligung eingeholt, um Ihnen bedarfsgerechte Serviceleistungen im Krankheitsfall sowie Vorsorgeleistungen zur Verfügung stellen zu können.

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
<ul style="list-style-type: none">• Adressprüfung	<ul style="list-style-type: none">• Adressermittler, Einwohnermeldeämter
<ul style="list-style-type: none">• Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	<ul style="list-style-type: none">• Wirtschaftsauskunfteien<ul style="list-style-type: none">• Schufa Holding AG, Wiesbaden• Creditreform e. V., Neuss• Arvato Infoscore GmbH, Baden-Baden
<ul style="list-style-type: none">• Betreuung von Versicherten und Bearbeitung von Kostenübernahme- sowie Erstattungsanträgen der Pflege-Pflichtversicherung	<ul style="list-style-type: none">• LM+ Leistungsmanagement GmbH, Köln
<ul style="list-style-type: none">• Datenträger-/Aktenentsorgung	<ul style="list-style-type: none">• Entsorgungsunternehmen• documentus GmbH, Stuttgart
<ul style="list-style-type: none">• Digitale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none">• mailingwork GmbH, Oederan
<ul style="list-style-type: none">• Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	<ul style="list-style-type: none">• Druckereien und Postdienstleister
<ul style="list-style-type: none">• Durchführung von Web-Konferenzen und Bereitstellung einer Konferenz-Plattform	<ul style="list-style-type: none">• CSN Communication Service Network GmbH, Düsseldorf
<ul style="list-style-type: none">• Firmenkundenportal in der betrieblichen Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none">• eVorsorge Systems GmbH, München
<ul style="list-style-type: none">• Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren sowie Zwangsvollstreckung)	<ul style="list-style-type: none">• Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg• REAL Solution Inkasso GmbH & Co. KG, Hamburg
<ul style="list-style-type: none">• Immobilienmanagement	<ul style="list-style-type: none">• Verwalter, Hausmeisterdienste, Handwerker, Abrechnungsunternehmen, Architekten, Fachanwälte, Immobilienmakler, IT-Dienstleister, Projektentwickler, Werkunternehmer, Ingenieure, Gutachter, Vermessungsbüros, Steuerberater
<ul style="list-style-type: none">• IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung, Archivierung von aufbewahrungspflichtigen Daten, System-Beratung und -Unterstützung)	<ul style="list-style-type: none">• Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
<ul style="list-style-type: none">• Marktforschung (Marktanalysen, Servicestudien, Kundenbefragungen auch im Rahmen von Ratings)	<ul style="list-style-type: none">• Marketing-/Marktforschungsunternehmen, Ratingagenturen• ASSEKURATA (Ratingagentur), Köln
<ul style="list-style-type: none">• Servicekartenherstellung („Card für Privatversicherte“)	<ul style="list-style-type: none">• PAV Card GmbH, Lütjensee
<ul style="list-style-type: none">• Treuhänderische Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none">• Treuhänder
<ul style="list-style-type: none">• Videoberatung (Bereitstellung der Infrastruktur für webbasierte Videochats)	<ul style="list-style-type: none">• Flexperto, Frankfurt a. M.

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

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

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
<ul style="list-style-type: none"> Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland, Auskünfte und Informationen zu medizinischen Dienstleistern im Inland, medizinische Beratung und Videosprechstunde, Terminvereinbarung bei niedergelassenen Ärzten im Inland, Pflegedienstleistungen/-abrechnungen, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte) 	<ul style="list-style-type: none"> MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln Global Medical Management Inc. (GMMI), Pembroke Pines, Florida (USA) Anbieter medizinischer Produkte
<ul style="list-style-type: none"> Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung) 	<ul style="list-style-type: none"> MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen Henner Group, Paris
<ul style="list-style-type: none"> Erstellung von medizinischen Gutachten, Beauftragung von medizinischen Nachuntersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> Ärztlicher Dienst der Hallesche Medizinische Gutachter
<ul style="list-style-type: none"> Juristische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Rechtsanwälte
<ul style="list-style-type: none"> Net Promoter Score (NPS, Kundenzufriedenheitsmessung) 	<ul style="list-style-type: none"> VIER GmbH, Hannover
<ul style="list-style-type: none"> Telefonie und unterstützender Kundenservice 	<ul style="list-style-type: none"> Concentrix, Nürnberg und Erfurt Baruti GmbH, Stuttgart
<ul style="list-style-type: none"> Übersetzungen von Auslandsrechnungen 	<ul style="list-style-type: none"> Übersetzungsbüros
<ul style="list-style-type: none"> Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell) 	<ul style="list-style-type: none"> IBM Deutschland, Ehningen Digi-Texx, München

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

Zur ALH Gruppe gehören folgende Gesellschaften

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Alte Leipziger Lebensversicherung a. G. Hallesche Krankenversicherung a. G. Alte Leipziger Versicherung AG Alte Leipziger Holding AG Alte Leipziger Bauspar AG | <ul style="list-style-type: none"> 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 Spartenentrennung.

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. 1f DSGVO („Berechtigte Interessen“) legitimiert oder es liegt eine Regelung vor durch arbeitsvertraglich festgelegte Verantwortlichkeiten oder mittels einer Vereinbarung gemäß Art. 26 DSGVO („Gemeinsam Verantwortliche“) bzw. Art. 28 DSGVO („Auftragsverarbeitung“).

Es handelt sich dabei um folgende Tätigkeitsbereiche:

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Betrieblicher Datenschutz Betriebsorganisation Compliance Immobilienmanagement Informationssicherheitsbeauftragter | <ul style="list-style-type: none"> Informationstechnik Interne Revision Marketing Personalwesen Rechnungswesen | <ul style="list-style-type: none"> 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.

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 Kettner, Dr. Jochen Kriegmeier, 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 Versicherungssteuer (§ 4 (1) Nr. 5 b VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei