

**KRANKENHAUS-SCHUTZ CLINIC**  
Anmeldung zur Gruppenversicherung

## Weil Ihnen Ihre Gesundheit am Herzen liegt.

**Hinweis:** Bitte beachten Sie vorab die „Erklärung zum Beratungsrecht“ in der Anmeldung. Wir beraten Sie gerne.



## Bessere Besserung!

**Damit Sie im Krankenhaus jederzeit auf die beste Versorgung zählen können, gibt es unseren Krankenhaus-Schutz Clinic.**

Er sichert Ihnen als Privatpatient Spitzenmedizin und Zugang zu modernsten Therapien. Genauso profitieren Sie von besserer Unterbringung und vielen weiteren Vorteilen. Mit MEGA.Clinic und GIGA.Clinic erhalten Sie bei einem anstehenden Krankenhausaufenthalt zudem exklusive Serviceleistungen:

- Medizinische Beratung durch unser Gesundheits-telefon mit Videosprechstunde
- Vermittlung von Spezialärzten/-kliniken und Terminvereinbarung zur Behandlung oder für eine ärztliche Zweitmeinung

### Unser Angebot für Sie

Ob Ihnen nun die Wahl des Spezialisten in einer Spezialklinik am Herzen liegt oder Sie sich einfach mehr Privatsphäre, Komfort und Ruhe wünschen – mit unseren Clinic-Tarifen haben wir für jeden Anspruch und jedes Budget das passende Angebot:



#### GIGA.Clinic

Privatpatient im Krankenhaus mit 1-Bettzimmer



#### MEGA.Clinic

Privatpatient im Krankenhaus mit 2-Bettzimmer

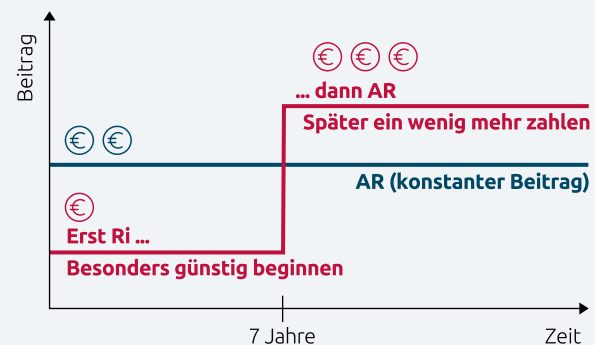


#### SMART.Clinic

Krankenhaustagegeld zur freien Verfügung (z. B. für Zuzahlung des 1- oder 2-Bettzimmers)

### Leistungen spitze. Beiträge flexibel.

Bestimmen Sie bei MEGA.Clinic/Gruppe und GIGA.Clinic/Gruppe selbst, wie viel Sie bezahlen: Entweder gleich mit einem Sparanteil für später oder lediglich den Risiko-Beitrag.



— Von Anfang an AR-Variante

— Erst Ri-Variante, nach 7 Jahren Umstellung auf AR-Variante

#### Konstanter Beitrag mit der AR-Variante:

AR bedeutet **A**lterungs-**R**ückstellung. Das heißt, hier ist ein Sparanteil fürs Alter in Ihre Prämie einkalkuliert, damit diese über die gesamte Zeit relativ konstant bleiben kann.

#### Günstiger Einstieg mit der Ri-Variante:

Dort ist nur das aktuelle Kosten-**R**isiko einkalkuliert. Nach 7 Jahren stellen wir automatisch auf die AR-Variante um. Sie können aber bis zum 60. Lebensjahr ganz flexibel von AR nach Ri und zurück wechseln.

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

# Unsere Tarife im Überblick.



| Leistungen der Pakete  | SMART.Clinic  | MEGA.Clinic   | GIGA.Clinic   |
|--|---|---|---|
| Zimmerwahl   |   | 2-Bettzimmer  | 1-Bettzimmer  |
| Komfortleistungen (z. B. besondere Verpflegung, Fernseh- und Internetanschluss)  |   | ✓   | ✓   |
| Privatarzt/Belegarzt   |   | ✓   | ✓   |
| Abrechnung auch über Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte möglich   |   | ✓   | ✓   |
| Ersatz-Krankenhaustagegeld bei   |   |   |   |
| • Verzicht auf 1-Bettzimmer  |   |   | 20 €  |
| • Verzicht auf 2-Bettzimmer  |   | 30 €  | 50 €  |
| • Verzicht auf Privat-/Belegarzt   |   | 60 €  | 60 €  |
| Beleghebamme, -entbindungspfleger  |   | ✓   | ✓   |
| Allgemeine Krankenhausleistungen nach Vorleistung GKV  |   | ✓   | ✓   |
| Fahrten und Krankentransporte  |   | ✓   | ✓   |
| Rooming-in bis zum 16. Geburtstag  |   | ✓   | ✓   |
| Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung  |   | ✓   | ✓   |
| Ambulante Operationen im Krankenhaus einschließlich Vor- und Nachuntersuchung  |   | ✓<br>nach Vorleistung GKV                               | ✓   |
| Beitragsfreistellung bei längeren Krankenhausaufenthalten  |   | ✓   | ✓   |
| Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Erwachsene)  |   | ✓ in AR-Variante  | ✓ in AR-Variante  |
| Haushaltshilfe bei Krankenhausaufenthalten   |   |   | 50 € pro Tag  |
| Krankenhaustagegeld (KH) ab dem 1. Tag im Krankenhaus z. B. für Zuschlag 2-Bettzimmer (ca. 70 €) bzw. 1-Bettzimmer (ca. 120 €) oder zum Ausgleich von Einkommensausfällen etc. | ✓ wahlweise 10 € bis 150 € pro Tag zur freien Verfügung |   |   |
| <b>Optional: Extraleistung für MEGA.Clinic + GIGA.Clinic</b>   |   |   |   |
| Krankenhaustagegeld (KH) ab dem 1. Tag im Krankenhaus z. B. für gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus von 10 €/Tag oder zum Ausgleich von Einkommensausfällen etc.              |   | ✓ wahlweise 10 € bis 150 € pro Tag zur freien Verfügung | ✓ wahlweise 10 € bis 150 € pro Tag zur freien Verfügung |

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?

Bitte füllen Sie die folgenden Unterlagen

- Anmeldung zur privaten 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!**



### Die wichtigsten Vorteile im Überblick

In den Tarifen MEGA.Clinic und GIGA.Clinic:

- 1-Bettzimmer (GIGA.Clinic) oder 2-Bettzimmer (MEGA.Clinic)
- Behandlung durch Spezialisten
- Freie Krankenhauswahl
- Flexible Beitragsgestaltung bei voller Leistung
- Keine Wartezeiten

Im Tarif SMART.Clinic:

- Krankenhaustagegeld (KH) ab dem 1. Tag

Bis zu 10 % Beitragsersparnis in der Gruppenversicherung.

**Folgen Sie uns**



**Hallesche Krankenversicherung a. G.**

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

# Krankenhaus-Schutz Clinic – Anmeldung

|   |                          |   |                                 |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| Zuname, Vorname (Anmeldender/Hauptversicherter) |                          | Versicherungsnummer   | Vermittlernummer                |
| Straße  |                          | Geburtsdatum  | Antragsnummer                   |
| PLZ   | Wohnort                  | <input type="checkbox"/> männlich (m) <input type="checkbox"/> weiblich (w) | Versicherungsnehmer/Arbeitgeber |
| Telefon (freiwillige Angabe)                    | Fax (freiwillige Angabe) | Beruf   |                                 |
|   |                          | E-Mail (freiwillige Angabe)   |                                 |

**Ja, ich wähle folgende Absicherung**

### 1. Person

Für mich, den Anmeldenden/Hauptversicherten

oder  Für

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

### 2. Person

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach den Clinic-Tarifen nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter „Erklärung des Anmeldenden“ von der zu versichernden Person erfüllt werden.

**Versicherungsbeginn** (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.**

**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.

### Erklärung des Anmeldenden

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person

- ein Angehörigenverhältnis gemäß der tariflichen Bedingungen besteht,
- derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht,
- außerdem in den vergangenen 12 Monaten ein ununterbrochener Krankenversicherungsschutz im In- und/oder Ausland bestand.

## Krankenhaus-Schutz

### SMART.Clinic

- Tagesgeld ab dem ersten Tag im Krankenhaus, z. B. für den Zimmerzuschlag<sup>1</sup> (bis max. 150 €)

**1. Person** Gewünschte KH-Höhe  Monatsbeitrag

**2. Person** Gewünschte KH-Höhe  Monatsbeitrag

### MEGA.Clinic

- Wahlleistungen im Krankenhaus:  
**Zweibettzimmer**

AR<sup>2</sup> Monatsbeitrag

Ri<sup>2</sup> Monatsbeitrag

AR<sup>2</sup> Monatsbeitrag

Ri<sup>2</sup> Monatsbeitrag

+ (optional)

- Extraleistung

Möchten Sie Ihre gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus in Höhe von 10 € durch ein Tagesgeld absichern (bis max. 150 €)?

**1. Person** Gewünschte KH-Höhe  Monatsbeitrag

**2. Person** Gewünschte KH-Höhe  Monatsbeitrag

### GIGA.Clinic

- Wahlleistungen im Krankenhaus:  
**Einbettzimmer**

AR<sup>2</sup> Monatsbeitrag

Ri<sup>2</sup> Monatsbeitrag

AR<sup>2</sup> Monatsbeitrag

Ri<sup>2</sup> Monatsbeitrag

+ (optional)

- Extraleistung

Möchten Sie Ihre gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus in Höhe von 10 € durch ein Tagesgeld absichern (bis max. 150 €)?

<sup>1</sup> 70 € entspricht etwa der Zuzahlung für ein Zweibettzimmer und 120 € entspricht etwa der Zuzahlung für ein Einbettzimmer

<sup>2</sup> AR = mit Alterungsrückstellungen, Ri = ohne Alterungsrückstellungen, Ri kann nur von Personen mit einem Eintrittsalter zwischen 21 und 60 Jahren abgeschlossen werden

## SEPA-Lastschriftmandat

Um am Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, reichen Sie das beigegefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit der Anmeldung bei uns ein.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

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.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Form fields for Person 1 and Person 2: Größe/cm, Gewicht/kg, nein ja checkboxes.

- 1. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder sonstige Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt oder ist dies angeraten oder beabsichtigt?
Folgende Erkrankungen/Untersuchungen müssen Sie nicht angeben, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind oder

**1. Person**  
nein ja

**2. Person**  
nein ja

- unter Punkt „Chronische Erkrankungen“ aufgezählt sind:
    - **Kopf/Hals:** Bindehautentzündung, Erkältungskrankheiten, Gerstenkorn, Grippe, Mundschleimhautentzündung, Mundsoor, Nasenpolypen operiert, Nasenscheidewandverbiegung operiert, Ohrenschmalz
    - **Wirbelsäule:** Rückenbeschwerden (einmalig aufgetreten, Bandscheibenvorfall oder Wirbelsäulenfehlstellungen müssen Sie angeben)
    - **Unterleib/Magen/Darm:** Empfängnisverhütung, Harnblasenentzündung (ein- bis zweimalig aufgetreten), Magen-/Darm-Infekte, Magen-Darm-Grippe, Schwangerschaft und Entbindung, Sterilisation
    - **Vorsorge:** Impfungen, Routineuntersuchungen ohne Befund, Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund
    - **Äußerlich sichtbar:** Hautpilzkrankung, Insektenstiche (nicht allergisch), Nagelbettentzündung (ein- bis dreimalig aufgetreten), eingewachsene Nägel (ein- bis dreimalig aufgetreten), Nagelpilzkrankung, oberflächliche Verletzung (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung), Sonnenbrand, Verbrennung (Grad 1 bis 2, ohne Narbenbildung)
    - **Allgemeines:** Empfängnisverhütung, Erkältungskrankheiten, Grippe, Impfungen, Knochenbrüche (ohne Fremdmaterial), Lebensmittelvergiftung, oberflächliche Verletzung (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde, Verrenkung, Verstauchung, Zerrung), Routineuntersuchung ohne Befund
    - **Chronische Erkrankungen:** Allergie (Hausstaub, Pollen, Tierhaare, Medikamente), Laktoseintoleranz, Leberflecke (gutartig), Schilddrüsenunterfunktion, Hashimoto-Erkrankung
2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren länger als 4 Wochen oder fortlaufend Arzneimittel eingenommen? Ovulationshemmer und Medikamente bei Schilddrüsenunterfunktion müssen Sie hier **nicht angeben**.
  3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder ist dies angeraten oder beabsichtigt?  
Folgende Untersuchungen/Behandlungen/Operationen müssen Sie **nicht angeben**, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind: Blinddarm operiert, Entbindung und Kaiserschnitt, Gaumenmandelentfernung, Gebärmuttermyom operiert, Leistenbruch operiert, Nabelbruch operiert, Nasenpolypen operiert, Nasenscheidewandverbiegung operiert, Rachenmandelentfernung, Sterilisation
  4. Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?
  5. Besteht oder bestand jemals eine HIV-Infektion, anerkannte Behinderung, Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt oder wird oder wurde jemals eine stationäre psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?
  6. Besteht eine chronische bzw. dauerhaft oder immer wieder auftretende Beschwerde/Krankheit (die unter Frage 1, Punkt „Chronische Erkrankungen“ aufgeführten chronischen Erkrankungen müssen Sie hier nicht angeben), ein organischer oder körperlicher Fehler (z. B. Anomalie, Fehlbildung, Fehlstellung oder Funktionsbeeinträchtigung), ein Körperimplantat (nicht Zahnimplantat) oder eine Prothese (z. B. Brustimplantat oder künstliches Gelenk, nicht Zahnprothese), ein unerfüllter Kinderwunsch?

**Bitte beachten Sie bei MEGA.Clinic und GIGA.Clinic:  
Ist die zu versichernde Person bei Anmeldung schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen.**

**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 auftreten? | Von wann/ bis wann? | Operation?               | Liegt völlige Ausheilung vor? | Seit wann? Tag/Monat/Jahr | Arbeitsunfähigkeitstage gesamt? |
|--------------|--------------|---|--------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
|              |              |   |                    |                     | nein ja                  | nein ja                       |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |
|              |              |   |                    |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                           |                                 |

**Weitere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 bis 6**

| 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: \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise für den Anmeldenden und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben in der Anmeldung 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 der Anmeldung. 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: Ist die zu versichernde Person bei Anmeldung schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind in den Tarifen MEGA.Clinic und GIGA.Clinic alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen.**

|           |  |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift des Anmeldenden – ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen<br><b>X</b>               |
|           | Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen<br><b>X</b> |

## Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Hallesche unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den folgenden Seiten dieser Anmeldung. 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 Anmeldebearbeitung

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung.

|  |  |
|--|--|
| Ort/Datum  | Unterschrift des Anmeldenden<br><b>X</b>   |
| Unterschrift mitversicherte Personen (sofern nicht gesetzlich vertreten)<br><b>X</b> | Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters<br><b>X</b> |

## Erklärung zum Beratungsrecht

- Hiermit bestätige ich, dass ich vor Anmeldung 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 Anmeldenden<br><b>X</b> |
|-----------|--|

**Achtung: Sollten Sie keine der beiden oben angegebenen Erklärungen (bitte nur eine der beiden Optionen ankreuzen) abgeben, können wir Ihre Anmeldung 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 Krankenhaus-Zusatzversicherung Tarife MEGA.Clinic und GIGA.Clinic und der Krankenhaustagegeldversicherung Tarif KH (SMART.Clinic) 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/clinic-gruppe-vvg](http://www.hallesche.de/clinic-gruppe-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 MEGA.Clinic oder GIGA.Clinic und/oder KH (SMART.Clinic) 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).
- Die „Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland“.
- Das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ und die „Verbraucherinformation“ sowie „Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden 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 Anmeldenden/Hauptversicherten

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 <sup>1</sup> ) | 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<br> |
|-----------|------------------------------------|

<sup>1</sup> 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](http://www.hallesche.de/datenschutz)) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o.g. Adresse, per E-Mail (unter [service@hallesche.de](mailto: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 % Skonto<sup>2</sup>)

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.

<sup>2</sup> 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 €:**

| Alter | SMART.Clinic/<br>Gruppe |                |                 | MEGA.Clinic/<br>Gruppe | GIGA.Clinic/<br>Gruppe |
|-------|-------------------------|----------------|-----------------|------------------------|------------------------|
|       | KH.10                   | KH.70          | KH.120          | AR                     | AR                     |
|       | für je<br>10 €          | für je<br>70 € | für je<br>120 € |                        |                        |
| 0-16  | 0,52                    | 3,64           | 6,24            | 5,37                   | 6,97                   |
| 17-20 | 0,64                    | 4,48           | 7,68            | 11,09                  | 14,86                  |
| 21    | 1,70                    | 11,90          | 20,40           | 27,86                  | 39,55                  |
| 22    | 1,74                    | 12,18          | 20,88           | 28,64                  | 40,65                  |
| 23    | 1,80                    | 12,60          | 21,60           | 29,43                  | 41,77                  |
| 24    | 1,86                    | 13,02          | 22,32           | 30,22                  | 42,89                  |
| 25    | 1,92                    | 13,44          | 23,04           | 31,01                  | 44,01                  |
| 26    | 1,98                    | 13,86          | 23,76           | 31,80                  | 45,13                  |
| 27    | 2,04                    | 14,28          | 24,48           | 32,58                  | 46,23                  |
| 28    | 2,12                    | 14,84          | 25,44           | 33,35                  | 47,33                  |
| 29    | 2,18                    | 15,26          | 26,16           | 34,12                  | 48,42                  |
| 30    | 2,24                    | 15,68          | 26,88           | 34,88                  | 49,49                  |
| 31    | 2,30                    | 16,10          | 27,60           | 35,63                  | 50,56                  |
| 32    | 2,38                    | 16,66          | 28,56           | 36,39                  | 51,62                  |
| 33    | 2,44                    | 17,08          | 29,28           | 37,15                  | 52,71                  |
| 34    | 2,52                    | 17,64          | 30,24           | 37,93                  | 53,80                  |
| 35    | 2,60                    | 18,20          | 31,20           | 38,73                  | 54,93                  |
| 36    | 2,68                    | 18,76          | 32,16           | 39,56                  | 56,10                  |
| 37    | 2,76                    | 19,32          | 33,12           | 40,42                  | 57,31                  |
| 38    | 2,84                    | 19,88          | 34,08           | 41,32                  | 58,59                  |
| 39    | 2,92                    | 20,44          | 35,04           | 42,27                  | 59,93                  |
| 40    | 3,02                    | 21,14          | 36,24           | 43,27                  | 61,34                  |
| 41    | 3,12                    | 21,84          | 37,44           | 44,30                  | 62,80                  |
| 42    | 3,22                    | 22,54          | 38,64           | 45,38                  | 64,32                  |
| 43    | 3,32                    | 23,24          | 39,84           | 46,51                  | 65,91                  |
| 44    | 3,44                    | 24,08          | 41,28           | 47,69                  | 67,58                  |
| 45    | 3,54                    | 24,78          | 42,48           | 48,91                  | 69,31                  |
| 46    | 3,66                    | 25,62          | 43,92           | 50,19                  | 71,13                  |
| 47    | 3,78                    | 26,46          | 45,36           | 51,53                  | 73,02                  |
| 48    | 3,90                    | 27,30          | 46,80           | 52,92                  | 75,00                  |
| 49    | 4,02                    | 28,14          | 48,24           | 54,36                  | 77,05                  |
| 50    | 4,16                    | 29,12          | 49,92           | 55,86                  | 79,19                  |
| 51    | 4,28                    | 29,96          | 51,36           | 57,43                  | 81,41                  |
| 52    | 4,42                    | 30,94          | 53,04           | 59,05                  | 83,72                  |
| 53    | 4,56                    | 31,92          | 54,72           | 60,74                  | 86,12                  |
| 54    | 4,70                    | 32,90          | 56,40           | 62,50                  | 88,63                  |
| 55    | 4,86                    | 34,02          | 58,32           | 64,33                  | 91,22                  |
| 56    | 5,00                    | 35,00          | 60,00           | 66,23                  | 93,92                  |
| 57    | 5,16                    | 36,12          | 61,92           | 68,19                  | 96,72                  |
| 58    | 5,32                    | 37,24          | 63,84           | 70,22                  | 99,59                  |
| 59    | 5,48                    | 38,36          | 65,76           | 72,31                  | 102,57                 |
| 60    | 5,64                    | 39,48          | 67,68           | 74,48                  | 105,65                 |
| 61    | 5,80                    | 40,60          | 69,60           | 76,73                  | 108,85                 |
| 62    | 5,96                    | 41,72          | 71,52           | 79,05                  | 112,16                 |
| 63    | 6,14                    | 42,98          | 73,68           | 81,47                  | 115,58                 |
| 64    | 6,32                    | 44,24          | 75,84           | 83,98                  | 119,15                 |

| Alter | MEGA.Clinic/<br>Gruppe | GIGA.Clinic/<br>Gruppe |
|-------|------------------------|------------------------|
|       | Ri                     | Ri                     |
| 21-25 | 9,59                   | 13,57                  |
| 26-30 | 13,55                  | 19,22                  |
| 31-35 | 15,31                  | 21,75                  |
| 36-40 | 15,31                  | 21,75                  |
| 41-45 | 15,65                  | 22,11                  |
| 46-50 | 18,37                  | 25,64                  |
| 51-55 | 23,59                  | 32,99                  |
| 56-60 | 30,46                  | 42,65                  |

Bei Aufnahme in die Tarifstufe ist der Beitrag der entsprechenden Altersgruppe zu bezahlen. Das Alter wird berechnet, indem man vom Kalenderjahr das Geburtsjahr des Versicherten abzieht. Danach wird alle 5 Jahre jeweils zum 1. Juli der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe fällig.

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 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 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 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](http://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](http://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](mailto: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](mailto: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](http://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](http://www.hallesche.de/dienstleisterliste) entnehmen.

#### Weitere Empfänger:

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

### 4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn 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 Zahlungsmittelteilung. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung besteht dann das Recht, dem Prüfungsergebnis zu widersprechen. Der für den Einspruch maßgebliche Standpunkt wird einer manuellen Prüfung und Entscheidung zugeführt.

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

\* 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"> <li>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)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen</li> <li>Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln</li> <li>Global Medical Management Inc. (GMMI), Pembroke Pines, Florida (USA)</li> <li>Anbieter medizinischer Produkte</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen</li> <li>Henner Group, Paris</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstellung von medizinischen Gutachten, Beauftragung von medizinischen Nachuntersuchungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ärztlicher Dienst der Hallesche</li> <li>Medizinische Gutachter</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Juristische Beratung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtsanwälte</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Net Promoter Score (NPS, Kundenzufriedenheitsmessung)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>VIER GmbH, Hannover</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Telefonie und unterstützender Kundenservice</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Concentrix, Nürnberg und Erfurt</li> <li>Baruti GmbH, Stuttgart</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Übersetzungen von Auslandsrechnungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Übersetzungsbüros</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>IBM Deutschland, Ehningen</li> <li>Digi-Texx, München</li> </ul>  |

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

### Zur ALH Gruppe gehören folgende Gesellschaften

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Alte Leipziger Lebensversicherung a. G.</li> <li>Hallesche Krankenversicherung a. G.</li> <li>Alte Leipziger Versicherung AG</li> <li>Alte Leipziger Holding AG</li> <li>Alte Leipziger Bauspar AG</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alte Leipziger Trust Investment-Gesellschaft mbH</li> <li>Alte Leipziger Treuhand GmbH</li> <li>Alte Leipziger Pensionskasse AG</li> <li>Alte Leipziger Pensionsfonds AG</li> <li>Alte Leipziger Pensionsmanagement GmbH</li> </ul> |
|--|--|

### 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"> <li>Betrieblicher Datenschutz</li> <li>Betriebsorganisation</li> <li>Compliance</li> <li>Immobilienmanagement</li> <li>Informationssicherheitsbeauftragter</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informationstechnik</li> <li>Interne Revision</li> <li>Marketing</li> <li>Personalwesen</li> <li>Rechnungswesen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtsabteilung</li> <li>Risikomanagement</li> <li>Vertriebsverwaltung</li> <li>Vorstandsbereich</li> </ul> |
|--|---|--|

**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  
Gruppenversicherung  
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