

Antrag auf Abschluss von ergänzendem Versicherungsschutz im Firmengeschäft

Betriebliche Krankenversicherung
Betriebliche Unfallversicherung

Ihr persönlicher Fachberater

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach
E-Mail: [sdk@sdk.de](mailto: sdk@sdk.de) · www.sdk.de

Bankverbindung:
DZ Bank AG
Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart
IBAN: DE72 6006 0000 0750 1000 00, BIC: GENODESGXXX

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher

Steuer-Nr.: 90495/35841

Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach
E-Mail: [Unfall@sdk.de](mailto: Unfall@sdk.de) · www.sdk.de

Bankverbindung:
DZ Bank AG
Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart
IBAN: DE17 6006 0000 0790 0000 00, BIC: GENODESGXXX

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher

Steuer-Nr.: 90495/36828

Wichtige Informationen für den Antragsteller – bitte zu den Antragsunterlagen nehmen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihren Versicherungsantrag 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. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Vorstand der Süddeutsche Krankenversicherung a.G. bzw. Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G. in Textform nachzuholen. 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

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. Dies gilt nicht, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG erfüllt, handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen

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. Es kann damit zu einem rückwirkenden Verlust des Versicherungsschutzes kommen, wenn die Vertragsanpassung als rückwirkende Einführung eines Risikoausschlusses erfolgt. 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 in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren und in der Unfallversicherung mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Die Kontaktdaten des Vermittlers wurden offen gelegt (Visitenkarte oder E-Mail Signatur).

Vermittler-Nr. _____

Gesprächsteilnehmer:

Nachname, _____

Vorname _____

Nachname, _____

Vorname _____

Nachname, _____

Vorname _____

Ort, Datum des _____

Gesprächs _____

Sozialversicherungsstatus

Krankenversicherung

Status: 1 = pflichtversichert
2 = freiwillig versichert
3 = familienversichert
4 = privat versichert
5 = freie Heilfürsorge
6 = unversichert

Status Person 01
Krankenv.

Status Person 02
Krankenv.

Status Person 03
Krankenv.

Status Person 04
Krankenv.

Unfallversicherung

GUV: ja nein

GUV: ja nein

GUV: ja nein

GUV: ja nein

Beratungsfelder

Gesundheit	<input type="checkbox"/> sehr wichtig <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> weniger wichtig	Wie wichtig ist Ihnen eine optimale medizinische Versorgung und eine finanzielle Absicherung bei längerer Krankheit?
Unfall	<input type="checkbox"/> sehr wichtig <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> weniger wichtig	Wie wichtig ist die finanzielle Sicherheit nach einem Unfall für Sie?

Gesundheit

Beratung gewünscht? ja nein

Bedarfsanalyse

Welche Punkte sind Ihnen besonders wichtig?

- Privatpatient im Krankenhaus (Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, privatärztliche Behandlung...)
- Naturheilverfahren durch Ärzte/Heilpraktiker
- Vorsorge und Prävention
- Zuschuss zu Brillen/Kontaktlinsen
- Hochwertige Hilfsmittel
- Professionelle Zahnreinigung
- Hochwertige Zahnfüllungen (z.B. Keramik-Inlays)
- Hochwertiger Zahnersatz (z.B. Implantate)
- Absicherung des Einkommens im Krankheitsfall

Sonstiges _____

Welche Absicherung haben Sie bereits getroffen?

Beratungsinhalte

- Beiträge/Leistungen GKV/PKV
- Versorgungslücken
- stationärer Zusatzschutz
- Krankenhaustagegeld
- Ambulanter Zusatzschutz
- Naturheilverfahren

- Besonderheiten Gruppentarif
- Zahnzusatzschutz
- Krankentagegeld
- Ergänzungsbaustein Unfall
- GKV-Wechsel
- Sonstiges: _____

Unfall

Beratung gewünscht? ja nein

Bedarfsanalyse

Welche Punkte sind Ihnen besonders wichtig?

- Finanzielle Absicherung nach einem Unfall
- Deckung der Lücken/Selbstbehalte in der Krankenversicherung, wenn ein Unfall ursächlich ist (Ergänzungsbaustein)
- Assistanceleistungen zur Unterstützung im täglichen Leben nach einem Unfall.
- Sonstiges: _____

Welche Absicherung haben Sie bereits getroffen?

Beratungsinhalte

- Besonderheiten Gruppentarif
- Leistungen GKV / private UV / GUV
- Versorgungslücken KV / UV
- Sonstiges: _____

Empfehlung

Bei der nachfolgend aufgeführten Empfehlung habe ich Ihre persönliche Situation, die wir zuvor gemeinsam besprochen haben, berücksichtigt.

Absicherung/Tarife entsprechend Antrag/Anträgen

Absicherung/Tarife: _____
(wenn Empfehlung vom beantragten Versicherungsschutz abweicht)

Begründung

Gründe für den erteilten Rat:

Krankenversicherung

Stationäre Leistungen

- Einbettzimmer + Privatärztliche Behandlung (SG1F)
 Zweibettzimmer + Privatärztliche Behandlung (SG2F)

Ambulante Leistungen

- Umfangreiche Vorsorgeleistungen
 Umfangreiche Naturheilverfahren
 Verringerung der Lücken/Reduzierung der Zuzahlungen in der GKV

Zahnärztliche Leistungen

- Zahnbehandlungs-Leistungen (z.B. Kunststofffüllungen, Prophylaxe)
 Zahnersatz-Leistungen zu _____ %

Absicherung des Verdienstauffalls bei Krankheit

Sonstiges: _____

Unfallversicherung

- Absicherung von Freizeitunfällen
 Verringerung der GUV-Lücke
 Assistance-Leistungen nach einem Unfall

Sonstiges: _____

Abweichender Wunsch des Kunden:

Verzichtserklärung

Dokumentationsverzicht Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Der Kunde erklärt hiermit, dass er auf die Dokumentation der angebotenen fachlichen Beratung und/oder die angebotene fachliche Beratung (entsprechend dem oben Angekreuzten) verzichtet. Dem Verzichtenden ist bewusst, welche Bedeutung einer Beratung in Versicherungsfragen zukommt und, dass sich der Verzicht nachteilig darauf auswirken kann, zu einem späteren Zeitpunkt Schadenersatzansprüche gegen den Vermittler und/oder den Versicherer geltend zu machen.

Ort, Datum	Unterschrift (Vor- u. Zuname) der/des Beratenen	Unterschrift des Vermittlers
------------	---	------------------------------

Antrag zur Gruppenversicherung (mit Risikoprüfung)

Antrag zur Gruppenversicherung (ohne Risikoprüfung)

Hinweis:
Geringfügig Beschäftigte nur mit Risikoprüfung versicherbar

Bei Antragstellung ohne Risikoprüfung bitte Nachfolgendes ausfüllen

- Neueinrichtung Gruppen-/Rahmenvertrag
 Festanstellung (= Ende Probezeit) des Mitarbeiters zum _____
 Nachversicherung Ehegatte/Lebenspartner – Heirat/Eintragung Lebenspartnerschaft am _____
 Versicherung ab Geburt
 Nachversicherung Lebensgefährte – Gründung häuslicher Gemeinschaft zum _____

ANTRAGSTELLER (Mitarbeiter)

ANR Name, Vorname

1 = Herr
2 = Frau

Straße

PLZ

Ort

Firmenname (Arbeitgeber)

Vers-Nr.

Vermittler-Nr.

ASP

Telefon – Vorw. Nummer (freiwillige Angabe)

Adressergänzung/E-Mail

GVP-Nr.

Abteilung/Gruppe/Personenkr.

VERSICHERUNGSBEGINN

0 1 | _____

ZU VERSICHERNDE PERSON(EN)

Pers.	Vorname (Zuname, wenn anders als beim Antragsteller)	Geburtsdatum	Geschlecht	Berufsgruppe	Ausgeübter Beruf
01			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
02			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
03			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
04			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	

ART UND UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

¹ nur in Kombination mit AGF ² Versicherungssumme ³ Beitrag inkl. 19% Versicherungssteuer

	Person 01			Person 02			Person 03			Person 04							
Krankenversicherung																	
Tarif	<input type="checkbox"/> WGF	<input type="checkbox"/> AGF	<input type="checkbox"/> AGZF ¹	<input type="checkbox"/> WGF	<input type="checkbox"/> AGF	<input type="checkbox"/> AGZF ¹	<input type="checkbox"/> WGF	<input type="checkbox"/> AGF	<input type="checkbox"/> AGZF ¹	<input type="checkbox"/> WGF	<input type="checkbox"/> AGF	<input type="checkbox"/> AGZF ¹					
	<input type="checkbox"/> ZG __ F	<input type="checkbox"/> ZGBF	<input type="checkbox"/> ZH4F	<input type="checkbox"/> ZG __ F	<input type="checkbox"/> ZGBF	<input type="checkbox"/> ZH4F	<input type="checkbox"/> ZG __ F	<input type="checkbox"/> ZGBF	<input type="checkbox"/> ZH4F	<input type="checkbox"/> ZG __ F	<input type="checkbox"/> ZGBF	<input type="checkbox"/> ZH4F					
	<input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> NHF		<input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> NHF		<input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> NHF		<input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> NHF						
	<input type="checkbox"/> SG __ F	<input type="checkbox"/> Option		<input type="checkbox"/> SG __ F	<input type="checkbox"/> Option		<input type="checkbox"/> SG __ F	<input type="checkbox"/> Option		<input type="checkbox"/> SG __ F	<input type="checkbox"/> Option						
Beitrag in Euro																	
Unfallversicherung																	
Tarif	<input type="checkbox"/> Basis (U35F/100.000 EUR ²)			<input type="checkbox"/> Basis (U35F/100.000 EUR ²)			<input type="checkbox"/> Basis (U35F/100.000 EUR ²)			<input type="checkbox"/> Basis (U35F/100.000 EUR ²)							
	<input type="checkbox"/> Comfort (U35F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Comfort (U35F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Comfort (U35F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Comfort (U35F/100.000 EUR ² , UTF)							
	<input type="checkbox"/> Top (U50F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Top (U50F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Top (U50F/100.000 EUR ² , UTF)			<input type="checkbox"/> Top (U50F/100.000 EUR ² , UTF)							
	<input type="checkbox"/> UHF	<input type="checkbox"/> URF	<input type="checkbox"/> UFF	<input type="checkbox"/> UKF	<input type="checkbox"/> U.F		<input type="checkbox"/> UHF	<input type="checkbox"/> URF	<input type="checkbox"/> UFF	<input type="checkbox"/> UKF	<input type="checkbox"/> U.F		<input type="checkbox"/> UHF	<input type="checkbox"/> URF	<input type="checkbox"/> UFF	<input type="checkbox"/> UKF	<input type="checkbox"/> U.F
Beitrag in Euro³																	
Für den Abschluss des Tarifs VF sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten. Für den Abschluss der Tarife ZGF/ZGBF sind nur die Fragen 12 und 13 aus dem nachfolgenden Gesundheitsfragenkatalog zu beantworten. Wird zusätzlich Tarif WGF und/oder 10F/10 beantragt, ist ergänzend die Frage 14 auszufüllen. Für Tarif ZH4F sind die Fragen 12, 13 und 14 zu beantworten, für Tarif NHF die Fragen 1-4 und 8-10. Für alle weiteren Tarifkombinationen sind die Gesundheitsfragen vollständig zu beantworten.										Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro alle Personen, Kranken-/Unfallversicherung							

GESUNDHEITVERHÄLTNISSE

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung entnehmen Sie bitte den „Wichtigen Informationen für den Antragsteller“, die Sie auf Seite 2 dieses Antrages finden.

Nähere Angaben zu den nachfolgenden Fragen bitte ausführlich in den vorgesehenen Antwortteil eintragen. Reicht dieser Platz nicht aus, so ist die Beantwortung unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt (1.006) als Anlage vorzunehmen und im Antrag auf dieses Blatt zu verweisen. Das gesonderte Blatt bitte unterschreiben.

- Fanden in den letzten 5 Jahren Beobachtungen, Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium, einer Reha- oder Kurklinik statt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?
- Werden oder wurden in letzten 3 Jahren ambulante Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen und Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen) durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Psychologen, Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden oder sonstigen Therapeuten durchgeführt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?
- Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen statt?
- Bestehen chronische Krankheiten (z. B. Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Allergien, organische/körperliche Fehler (z.B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z.B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (z.B. Schmerzen, Schwindel, Bewegungseinschränkungen), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?
- Wird eine Sehhilfe getragen oder ist diese notwendig oder angeraten? Bei „ja“ bitte Dioptrienanzahl im Antwortteil angeben. (Nur für Tarif AGF zu beantworten)
- Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Suchterkrankung (z.B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit) oder Essstörung?
- Bestanden in den letzten 3 Jahren Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder mehr als 2 Wochen zusammenhängend Arbeitsunfähigkeiten?
- Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig oder wiederholt Medikamente eingenommen, angewendet (z.B. Tabletten, Tropfen, Inhalation, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?
- Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel konsumiert?
- Wurde eine HIV-Infektion oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?
- Ist Parodontosebehandlung, Zahn- oder Kieferoperation notwendig, vorgesehen oder angeraten? (Nur bei Tarif AGZF und/oder Tarif SG-Option zu beantworten)
- Ist Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahn- oder Kieferregulierung notwendig, vorgesehen oder angeraten? Hierzu zählen auch der Austausch von Amalgam-/Kunststofffüllungen und Inlays.

	Person 01		Person 02		Person 03		Person 04	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
13. Fehlen Zähne – außer den Weisheitszähnen – die noch nicht ersetzt sind? (Fehlen mehr als drei Zähne, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht (1.009) erforderlich)	<input type="checkbox"/>							
14. Nur für die Einzelbeantragung der Tarife WGF und/oder ZH4F und/oder 10F: Bestehen akute oder chronische Krankheiten bzw. Beschwerden, körperliche Einschränkungen oder ist ein Kur-/Krankenhausaufenthalt angeraten bzw. hat ein solcher in den letzten 5 Jahren stattgefunden?	<input type="checkbox"/>							

ANTWORTTEIL

Bei Vorsorge-/Kontrolluntersuchungen geben Sie bitte an, ob ein Befund erhoben wurde und wenn ja, welcher. Sofern die Untersuchungen wegen einer evtl. ehemals bestandenen Erkrankung erfolgte, geben Sie bitte auch diese an.

Frage Nr.	Person Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Gesundheitsstörung, Behandlung, Untersuchung, Kur etc. Art der körperlichen, seelischen bzw. psychischen Störung, Arzneimitteleinnahme und Dosierung	Von wann bis wann?	Operation?	Arbeitsunfähigkeitstage gesamt	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei und liegt Ausheilung vor?		Name u. Anschrift des Behandlers, bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt
						Seit (Monat/Jahr)		
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Vereinbarungen: Sind die Zahnfragen 11, 12 und/oder 13 mit ja beantwortet, wird Folgendes Vertragsinhalt:

Für die Tarife ZG3F, ZH4F, ZG5F, ZG7F: Für bei Antragstellung fehlende nicht ersetzte Zähne sowie bei vorhandenem Zahnschaden besteht keine Leistungspflicht. Für die Tarife ZGBF und AGZF: Es besteht keine Leistungspflicht für bei Antragstellung angeratene, notwendige Zahnbehandlung, Zahn- oder Kieferregulierung.

Hinweis bei Anmeldung ohne Risikoprüfung zur Krankenversicherung: Abweichend von § 2 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK2009) sind laufende Behandlungen nach Ablauf der Wartezeiten in den Versicherungsschutz eingeschlossen, mit Ausnahme von bereits begonnenen oder konkret geplanten Krankenhausaufenthalten sowie Zahn-/ Parodontosebehandlung, Kieferregulierung und Zahnersatzmaßnahmen. Ebenfalls nicht eingeschlossen in den Versicherungsschutz sind folgende, vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetretene Erkrankungen, solange deren Behandlungsbedürftigkeit andauert: AIDS, HIV-Infektion, psychische Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen (z.B. Multiple Sklerose), Diabetes, Bluter, dialysepflichtige Nierenerkrankungen, chronische Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis B/C), renaler Bluthochdruck, chronische Pankreatitis, Morbus Parkinson, general. Schuppenflechte, Tumorerkrankungen, Leukämie, koronare Herzerkrankungen sowie Migräne.

Hinweis bei Anmeldung ohne Risikoprüfung zur Krankentagegeldversicherung:

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird gemäß § 2 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/TG6) nicht geleistet.

ANGABEN ZUR KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG (TG6F)

Hinweis: Nur für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer mit 6-wöchigen Lohnfortzahlungsanspruch

Person Nr.	Nettoeinkommen in EUR	Anschrift Arbeitgeber
01		
02		
03		
04		

WEITERE VERSICHERUNGEN

Besteht oder bestand oder ist beantragt eine	Name (Pers. Nr.)	Gesellschaft/ Kasse/ SDK	von – bis	Höhe des Krankentagegeldes EUR	Höhe des Krankentagegeldes EUR	gekündigt durch
Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert						
Private Kranken-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art der Versicherung						<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> ungekündigt
Private Unfallversicherung				Höhe der Invaliditätsleistung in EUR		<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> ungekündigt

BEITRAGSZAHLUNG

Die Beiträge für _____ der Person/en _____ werden unter den Voraussetzungen des Gruppenversicherungsvertrages durch den Arbeitgeber entrichtet.
Tarif/e Pers. Nr.

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf abgebucht werden ja* nein Zahlungsweise
 monatlich jährlich (z.Z. 1% Skonto)

Mandatsreferenznummer

K V

Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

* Bitte geben Sie die Mandatsreferenznummer an oder füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat (1.699) aus.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Empfänger

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 5
70736 Fellbach

Gläubiger-ID

DE62SDK0000062000

Mandatsreferenznummer

wird nachträglich mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, wiederkehrende Zahlungen mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Bankname

IBAN

BIC

Name und Anschrift des Zahlers:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hinweise:

Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Mit der Verkürzung der Ankündigungsfrist für fällige Beiträge von 14 auf 5 Tage bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler

Schlusserklärung

Ein Antrag in der Krankenversicherung kann innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden. Nähere Einzelheiten zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte den folgenden „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden „Wichtigen Erklärungen“. Sie

sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Beachten Sie insbesondere auch die Ausführungen zum Vertrag (Zustandekommen, Vertragsdauer, Versicherungsbedingungen) in den „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“.

Wichtige Erklärungen

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Ich willige jederzeit für die Zukunft widerrufbar ein, dass die SDK zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Versicherungsverhältnisses und bei Bedarf im Einzelfall im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung, zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung, Informationen aus dem Datenkatalog der Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzverzeichnisdaten über mein allgemeines Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt.

Ich entbinde aus diesem Grund im Hinblick auf meine nach § 203 StGB geschützten Daten die für die SDK tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligung zur Produktinformation

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit für die Zukunft widerrufbar willige ich ein, dass der für mich zuständige Außendienstpartner meine allgemeinen Kundendaten für die Beratung und Betreuung zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe, zur Beratung in sonstigen Finanzdienstleistungen sowie zum Angebot der mit der SDK kooperierenden Krankenkasse nutzen darf.

Einwilligung zur Produktinformation per Telefon / E-Mail / Social Media

(bitte ankreuzen)

SDK-Versicherungsgruppe/Außendienstpartner:

Ich bin damit einverstanden, von den Unternehmen der SDK-Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Außendienstpartner oder Regionaldirektor oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe sowie zum Angebot der mit der SDK kooperierenden Krankenkasse

per Telefon per E-Mail per Social Media

informiert zu werden.

Der Außendienstpartner kann mich in gleicher Weise auch über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstpartner betreuten Bankinstituts informieren. Sie können mich auch zur Kundenbefragung und zur Vereinbarung eines persönlichen Termins kontaktieren.

Bankinstitut:

Ich bin damit einverstanden, dass mich über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstpartner betreuten Bankinstituts das Bankinstitut zudem selbst

per Telefon per E-Mail per Social Media

informiert.

Diese Einwilligungserklärungen kann ich jederzeit – ohne Einfluss auf das Vertragsverhältnis – für die Zukunft widerrufen.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir folgende Unterlagen ausgehändigt wurden und ich ausreichend Zeit hatte, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (Nicht Zutreffendes bitte streichen).

- Gesonderte Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) für die beantragten Versicherungen
- Verbraucherinformationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG
- Informationsblatt zum Datenschutz
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife
- Antragsdurchschrift

Bitte beachten Sie: Die gestellten Fragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Siehe „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2.

Ort, Datum 	Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers und der zu versichernden volljährigen Personen 	Unterschrift des Vermittlers
---	--	------------------------------

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Infopflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: vertrag@sdk.de · FAX: 0711/7372-7211 · Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dies ist 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Zustandekommen des Vertrages

Wir prüfen auf der Grundlage Ihrer im Antrag gemachten Angaben die Annahmefähigkeit hinsichtlich der beantragten Tarife und Personen. Liegt Annahmefähigkeit vor, erhalten Sie eine Annahmestätigung bzw. den Versicherungsschein, der dokumentiert, dass der Antrag angenommen und der Vertrag zustande gekommen ist. Mit Ihrem Widerrufsrecht können Sie sich innerhalb einer bestimmten Frist (siehe Ausführungen zum Widerrufsrechts) vom Vertrag lösen.

Informationen zur Vertragsdauer

In der Krankenversicherung wird der Vertrag für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen (in der Krankentagegeldversicherung nur für die Dauer von 1 Versicherungsjahr) und verlängert sich stillschweigend um 1 Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06. Die vorstehenden Regelungen gelten auch für die Unfallversicherung mit der Abweichung, dass der Vertrag für die Dauer von 3 Versicherungsjahren (Unfall-Assistanceleistungen 1 Versicherungsjahr) geschlossen wird.

Skonto

Die auf der Antragsvorderseite genannte Skontohöhe ist nicht garantiert. Sie kann seitens des Versicherers während der Vertragslaufzeit den Veränderungen des Kapitalmarktes angepasst werden. Ein Skonto wird nur gewährt, wenn die monatlichen Beitragsraten kalenderjährlich im Voraus bezahlt werden.

Ihr persönlicher Fachberater:

Versicherungsbedingungen

Folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) werden Bestandteil des Vertrages, soweit sie auf den beantragten Versicherungsschutz zutreffen:

AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, AVB für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für Gruppenversicherungsverträge mit Firmen sowie Tarifbedingungen der Krankheitskosten-Zusatzversicherung für Gruppenversicherungsverträge mit Firmen.

Kundeninformation

Das Antragsheft enthält folgende, fest miteinander verbundene Kundeninformationen:

Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Antrag und Antragsdurchschrift sowie Informationsblatt zum Datenschutz.

Vorläufige Deckungszusage zu Tarif WGF für kurzfristige Auslandsreisen:

Für eine Auslandsreise, die nach Antragseingang bei der SDK und vor Antragsannahme angetreten wird, besteht bereits ab Reiseantritt vorläufiger Versicherungsschutz im Umfang der Leistungen des Tarifes WGF, sofern der Versicherungsbeginn nicht später als 14 Tage nach Reiseantritt liegt.

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:
DZ Bank AG
Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart
IBAN: DE72 6006 0000 0750 1000 00, BIC: GENODESGXXX

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher

Steuer-Nr.: 90495/35841

Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach
E-Mail: Unfall@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:
DZ Bank AG
Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart
IBAN: DE17 6006 0000 0790 0000 00, BIC: GENODESGXXX

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Olaf Engemann, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher

Steuer-Nr.: 90495/36828

SDK-VERM-NR.	NR / NAME / VERMITTLER
9 1	
Zusatzinformation zu	
9 1	
DIV X	DIV 4

DIV/ SONSTIGER VERMITTLER

Name _____

Anschrift _____

Stempel/ Unterschrift der Bank bzw. des ADP

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Stand: 01.04.2018

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die SDK-Gruppe und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Der SDK-Gruppe gehören z. Zt. folgende Unternehmen an (verantwortliche Stellen):

- Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
- Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
- Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.

Kontakt aller Gesellschaften:

Raiffeisenplatz 5
70736 Fellbach
Telefon: 0711/7372-7777
Fax: 0711/7372-7788
E-Mail: sdk@sdk.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** aller Gesellschaften erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter:

datenschutz@sdk.de

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 haben wir uns 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.sdk.de abrufen.

Stellen Sie einen Antrag 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 Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer SDK-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftsteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SDK-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- 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 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 u.a. auf unserer Internetseite www.sdk.de zuvor informieren.

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. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es in der Lebensversicherung möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/ zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer 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 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 Auftragnehmer und Dienstleister.

Folgende Liste beinhaltet die möglichen Stellen und Kategorien von Stellen (sowie ggfs. die dazugehörige Firmenadresse), die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder einfache personenbezogene Daten, die nach § 203 StGB geschützt sind, für die SDK-Versicherungsgruppe erheben, verarbeiten oder nutzen. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, -erhebung und -übermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist. In den Klammern sind die entsprechenden übertragenen Aufgaben festgehalten.

Adressermittler (Adressabgleich/-prüfung/-anreicherung), ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Venloer Str. 301–303, 50823 Köln (Kundenumfragen, Unternehmensrating), Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitservice, Case Management, Disease Management, Gesundheitsdienstleistungen, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Call Center (Terminvereinbarungen, Telefoniedienstleistungen), Compagnon Marktforschungsinstitut GmbH & Co. KG, Nöllenstr. 11, 70195 Stuttgart (Kundenumfragen), Detekteien (Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht), Deutsche Post E-Post Solutions GmbH, Moltkestr. 14, 53173 Bonn (Input-Management, Datenerfassung), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung), Fiducia IT AG, Fiduciastr. 20, 76227 Karlsruhe (Datenkommunikation zwischen Genossenschaftsbanken und Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und Auslandszahlungen), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), IT-Dienstleister (Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand“), PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versicherungskarte), puls Marktforschung GmbH, Röthenbacher Str. 2, 90571 Schwaig (Kundenumfragen), Regionaldirektoren der SDK-Unternehmen (Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts), Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung für die Süddeutsche Lebensversicherung a.G. und die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G.), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

Eine aktuelle Liste kann auf www.sdk.de eingesehen werden.

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).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter den o.g. Kontaktdaten 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. Eine erteilte Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

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.

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:

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg
Königstraße 10a
70173 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der info-score Consumer Data GmbH (Auskunftei) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und Abs. 1 f) DSGVO. Nähere Informationen zur eingesetzten Auskunftei stellt Ihnen diese unter finance.arvato.com/icdinfoblatt zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

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. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir keine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO.

Um Sie zielgerichtet über Produkte oder Leistungen informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung.

0.024/04.18 – Stand: 01.04.2018

Name, Vorname des Versicherungsnehmers: _____

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: _____ Mitgliedsnummer: _____

Vorname Person 1: _____ Vorname Person 2: _____

Vorname Person 3: _____ Vorname Person 4: _____

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung für die
– **Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)**
– **Süddeutsche Lebensversicherung a.G. (SDL)**
– **Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G. (SDA)**

Hinweis: Die folgende Erklärung gilt für die im Antrag abgeschlossenen Verträge der jeweils betroffenen Unternehmen (SDK, SDL und/oder SDA). Falls spartenspezifisch abweichende Einwilligungen erwünscht sind, können diese in separaten Erklärungen abgegeben werden.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. medizinische Gutachter, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SDK, SDL und/oder SDA (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 SDK, SDL und/oder SDA

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 sie erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die SDK, SDL und/oder SDA übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Ich wünsche, dass mich die SDK, SDL und/oder SDA in jedem Einzelfall 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 SDK, SDL und/oder SDA einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SDK, SDL und/oder SDA einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Gilt nicht für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):

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 SDK und/oder SDL konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SDK, SDL und/oder SDA

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Gilt nicht für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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 SDK und/oder SDL 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 SDK und/oder SDL zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SDK und/oder SDL tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SDK-Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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.sdk.de eingesehen oder bei dem/der Datenschutzbeauftragten der SDK, Raiffeisenplatz 5 in 70736 Fellbach, Telefon: 0711 7372-7777 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA 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 SDK, SDL und/oder SDA dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SDK-Unternehmensgruppe 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, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 uns 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 SDK, SDL und/oder SDA tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 SDK, SDL und/oder SDA 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.

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

Gilt für Verträge mit der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) und der Süddeutschen Lebensversicherung (SDL):

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Gilt für Verträge mit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung (SDA):

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die SDK, SDL und/oder SDA meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Seiten 1–14 des Antrages richtig und vollständig ausgefüllt, ausgedruckt und mir ausgehändigt wurden.

	 Antragsteller/in Person 1 Person 2 Person 3 Person 4
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in und volljährige mitzuversichernde Personen

Nur auszufüllen bei Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren:

	
Ort, Datum	Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren*

	
Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**

Hinweise zur Unterzeichnung der Erklärung:

* Die Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren (frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) ist im entsprechenden Feld erforderlich, sofern bei dieser Einsichtsfähigkeit vorliegt, d.h. Inhalt und Tragweite der abgegebenen Erklärungen können von der Person selbstständig erfasst werden.

** Die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ist immer zu leisten, sofern ein Minderjähriger zwischen 16 und 18 Jahren mitversichert ist.