

## Antrag auf Krankenversicherung – Vollversicherung

- Neuantrag**  
 **Änderungsantrag**

**Hinweis:** Damit Ihr Antrag schnellstmöglich bearbeitet werden kann, benötigen wir von Ihnen alle Seiten vollständig ausgefüllt sowie unterschrieben mit Orts- und Datumsangabe. Wir bitten Sie zudem, die Abschnitte „Empfangsbestätigung Vertragsinformationen“ sowie „Schlusserklärung und wichtige Hinweise hierzu“ vor Ihrer Unterschrift gründlich zu lesen. **Vielen Dank!**

### I. Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer (nur bei Änderung)

Antrag / Anträge für weitere Person(en) anbei

ja  nein

### IIa. Versicherungsnehmer (= ggf. zu versichernde Person 1)

männlich  weiblich  divers

**Familienstand**  ledig  verheiratet  verpartnert  verwitwet

Name / Titel

Geburtsdatum

Vorname

Hauptwohnsitz in den letzten drei Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)

Straße und Hausnummer

Telefon (freiwillige Angabe)

PLZ und (ständiger) Wohnsitz

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Berufliche Tätigkeit

angestellt

selbstständig

Arbeitgeber / Betrieb

Steueridentifikationsnummer

beihilfeberechtigt:

Bund  Land:

Andere Träger:

**Hinweis:** Die Landeskrankenhilfe wird die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß XI.6. der nachfolgenden Hinweise übermitteln.

### IIb. Zu versichernde Person(en) – sofern abweichend von Versicherungsnehmer (IIa.)

#### 1. Person

männlich  weiblich  divers

#### 2. Person

männlich  weiblich  divers

**Beziehung zum Versicherungsnehmer**

Ehepartner  Tochter / Sohn  Sonstiges

**Beziehung zum Versicherungsnehmer**

Ehepartner  Tochter / Sohn  Sonstiges

Name / Titel

Name / Titel

Vorname

Vorname

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer

PLZ und (ständiger) Wohnsitz

PLZ und (ständiger) Wohnsitz

Berufliche Tätigkeit

Arbeitgeber/Betrieb

angestellt

selbstständig

Berufliche Tätigkeit

Arbeitgeber/Betrieb

angestellt

selbstständig

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Hauptwohnsitz in den letzten drei Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)

Hauptwohnsitz in den letzten drei Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

beihilfeberechtigt:

Bund  Land:

Andere Träger:

beihilfeberechtigt:

Bund  Land:

Andere Träger:

Steueridentifikationsnummer

Steueridentifikationsnummer

**Hinweis:** Die Landeskrankenhilfe wird die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß XI.6. der nachfolgenden Hinweise übermitteln.

Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers





## V. Zusatzfragen (zu versichernde Person[en])

	1. Person	2. Person
<b>1. Wenn ein Krankentagegeld beantragt wird:</b> <b>Für Angestellte:</b> Wie hoch ist das Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate aus beruflicher (nichtselbstständiger) Tätigkeit? (Betrag in Euro)		
<b>2. Ergänzende Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:</b> a. Seit wann sind Sie in Ihrem jetzigen Beruf ohne Unterbrechung selbstständig? (Monat und Jahr)		
b. Name und Gewerbe des Unternehmens (z. B. Handwerk, Groß-, Einzelhandel, Handelsvertretung)		
c. Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer?		
– Sind Sie GmbH-Gesellschafter oder Gesellschafter-Geschäftsführer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beherrschend <input type="checkbox"/> ja, <b>nicht</b> beherrschend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beherrschend <input type="checkbox"/> ja, <b>nicht</b> beherrschend
– Besteht Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Dauer von _____ Wochen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Dauer von _____ Wochen.
d. Höhe des durchschnittlichen monatlichen Gewinnes (gemäß § 4 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz bzw. Gewinn- und Verlustrechnung der letzten zwölf Monate)	Betrag in Euro	Betrag in Euro
<b>3. Erklärung für Auszubildende / Studierende / Beamtenanwärter</b> (Auszubildende / Studierende: Bitte Bescheinigung beifügen)	Beginn der Ausbildung                      Vrsl. Ende	Beginn der Ausbildung                      Vrsl. Ende
<b>4. Wenn ein Pflegetagegeld beantragt wird:</b> a. Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder werdenden Vater bzw. ist eine Adoption beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b. Wenn „ja“: Wie lautet der vrsl. Entbindungstermin laut Mutterpass bzw. wann ist der geplante Adoptionstermin gem. Gerichtsbeschluss?	Termin(e)	Termin(e)

**Hinweis zu Frage 4:** Sofern eine Geburt oder eine Adoption bevorsteht, kann der Versicherungsbeginn der zukünftigen Eltern frühestens zum 1. des Vormonats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein. **Bitte beachten Sie**, dass eine Mitversicherung ab Geburt nach § 198 VVG nur möglich ist, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt mindestens drei Monate versichert gewesen ist.



Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers

## VI. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

Bitte beachten Sie auch die unter XI.7. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

**Achtung:** Eine falsche oder unvollständige Angabe zu den in diesem Antrag gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen (das sind insbesondere die Fragen zum Gesundheitszustand) kann den Versicherer zu Maßnahmen nach § 19 VVG (Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung) berechtigen, zudem zur Leistungsverweigerung. Dies kann, sogar rückwirkend, zum Entfall (durch Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung) oder zur Verteuerung des Versicherungsschutzes (durch Vertragsanpassung) führen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und den möglichen Folgen von Verletzungen derselben finden Sie in den Vertragsinformationen auf dem Blatt „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Bitte beachten Sie im Rahmen der Beantwortung die entsprechenden Hinweise im Anhang.

	1. Person	2. Person
1. Bei Personen ab 6 Jahren: Körpergröße in cm und Körpergewicht in kg		
2. Bestehen/bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden oder wurden in den letzten 3 Jahren von Ärzten oder anderen Therapeuten (z. B. Heilpraktikern, Physio-, Ergotherapeuten, Osteopathen, Logopäden, berufsmäßigen Lebens-, Ernährungs-, Erziehungsberatern, Heilern) Untersuchungen, Kontrollen, Beratungen oder Behandlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Wird derzeit oder wurden in den letzten 2 Jahren ein Medikament wiederholt verordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben, Infusionen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Sind Untersuchungen, Kontrollen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, eingeleitet oder finden solche derzeit statt (nicht anzugeben sind beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, grippale Infekte oder an dieser Stelle zahnärztliche Behandlungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Für alle Geschlechter zu beantworten: Findet derzeit oder fand in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität oder wegen eines unerfüllten Kinderwunsches statt (z. B. durch Endometriose oder eingeschränkte Fruchtbarkeit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Erfolgt in den letzten 5 Jahren stationäre oder teilstationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen in einem/r Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Kur- oder sonstigen Krankenanstalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wurden in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische, psychoanalytische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, durchgeführt oder finden solche derzeit statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Bestand jemals oder besteht eine Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder eine sonstige Suchterkrankung (z. B. Spielsucht)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Wurde jemals Hepatitis oder eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt oder ist ein Hepatitis- oder HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Sind Wehrdienstbeschädigungen, Arbeitsunfallverletzungen, Berufskrankheiten oder Erwerbsminderungen anerkannt oder ist deren Anerkennung beantragt worden? Falls ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Besteht derzeit eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder bestand(en) in den letzten 3 Jahren ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit(en) von mehr als 14 Kalendertagen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Name/Anschrift des Arztes/Therapeuten, der am besten über den Gesundheitszustand informiert ist. Falls keiner vorhanden, bitte den angeben, der zuletzt beraten, untersucht und/oder behandelt hat.		
14. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
15. Wie viele Zähne fehlen und sind nicht ersetzt worden (ohne Milch-/Weisheitszähne; ein vollständiger Lückenschluss muss nicht als fehlender Zahn angegeben werden)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
16. Wurden in den letzten fünf Jahren zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen (u. a. Zahnersatz, Implantatversorgung, Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Inlayversorgung, Knirscherschiene, Aufbissbehelf) angeraten, beabsichtigt, erwogen, die noch nicht abgeschlossen sind, oder finden solche derzeit statt? Bitte ggf. Heil- und Kostenplan beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen 1. bis 10. und 16.	bitte folgende Seite 5 nutzen	bitte folgende Seite 5 nutzen



Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers



## VII. Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragsstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
- Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages (u.a. Bonitätsauskunft)
- Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten, Kundeninformation, Tarifbeschreibungen (Tarifblätter) und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen
- Die Seiten 1-10 dieses Antrages habe ich als Kopie erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



## VIII. Schlusserklärungen und wichtige Hinweise hierzu (insbes. Einwilligung in die Datenverarbeitung und die Erhebung personenbezogener Daten)

**Bevor Sie Ihre Unterschrift für diesen Antrag / Wunsch nach Versicherungsangebot leisten, überprüfen Sie bitte alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, und lesen Sie die Abschnitte „Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“ und „Hinweise“! Mit Ihrer Unterschrift geben Sie außerdem zu den nachstehenden Themenbereichen Erklärungen ab:**

**Bedeutung der wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen:**

Ich weiß, dass der Versicherer seine Entscheidung zu dem hier angefragten Versicherungsschutz auf der Grundlage der Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen trifft und ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich keine oder nur geringe Bedeutung beimesse. Ich weiß, dass falsche, auch unvollständige Angaben einen ggf. zustande kommenden Versicherungsschutz gefährden, der dann sogar rückwirkend wieder entfallen kann.

**Einwilligung in die gemeinsame Datenverarbeitung** (diese freiwillige Erklärung ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Angebots- bzw. Antragsbearbeitung, Vertragsschluss und -durchführung):

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie Angaben, die zum Vertragsschluss gemacht wurden, in gemeinsamen Datensammlungen führen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung dieses Formulars vom Inhalt der *Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages (u.a. Bonitätsauskunft)* Kenntnis nehmen konnte, die mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen werden.

Auf Basis der vorgenannten Informationen willige ich freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar ein, dass der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer) über mich bei der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden zum Zwecke der Begründung und Durchführung meines Vertragsverhältnisses mit dem Versicherer Wirtschaftsauskünfte über meine Zahlungsfähigkeit sowie mein Zahlungsverhalten einholen und nutzen darf.

**Sofern ich diese Erklärung nicht abgebe oder aber vor Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufe, muss ich davon ausgehen, dass kein Vertragsschluss zustande kommt.**

Ich willige ferner freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen bezüglich meiner Person verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis mit dem Versicherer stehendes Zahlungsverhalten an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich insoweit die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ein etwaiger Widerruf einer oder beider dieser Einwilligungen hat schriftlich gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg, zu erfolgen.

**Datennutzung und -verarbeitung für Werbezwecke:**

Im Rahmen eines bestehenden Versicherungsvertrags können Ihre personenbezogenen Daten auch ohne ausdrückliche Einwilligung zu Werbezwecken für Versicherungsprodukte der Landeskrankenhilfe genutzt werden. Dem können Sie jedoch jederzeit widersprechen.

- Darüber hinaus willige ich jederzeit widerrufbar ein, dass die Landeskrankenhilfe sowie deren Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs- und Vertragsdaten zu Werbezwecken für deren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte auch unabhängig vom Bestehen eines Versicherungsvertrages verarbeiten und nutzen dürfen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten zu den vorgenannten Werbe- und Beratungszwecken auch genutzt werden dürfen per

- Telefon  Mail

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung** (der genaue Wortlaut steht auf den folgenden Seiten unter „X. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“):

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Landeskrankenhilfe
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
- 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
- 2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes
3. Weitergabe von Gesundheitsdaten
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Ich habe die die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung inkl. des Widerrufsrechts zur Kenntnis genommen und willige hierin ein.

**Bitte beachten Sie, dass Sie mit den nachfolgende(n) Unterschrift(en) alle in diesem Dokument enthaltenen Erklärungen (teilweise durch Ankreuzen auswählbar) abgeben und alle in diesem Antragsdokument unter den Punkten I. – XIV. enthaltenen Informationen zur Kenntnis genommen haben.**

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden **Person 1** (ab Alter 16)



Unterschrift des Versicherungsnehmers



Unterschrift der zu versichernden **Person 2** (ab Alter 16)



Zusätzliche Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)



Alleiniges Sorgerecht

**Bestätigung des Vermittlers:** Der Versicherungsnehmer (VN) hat eine Durchschrift / Kopie des Druckstücks erhalten.

Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Die Fragen zum Gesundheitszustand (Abschnitt VI.) wurden ausschließlich mit den dort gemachten Angaben vom VN bzw. von der zu versichernden Person beantwortet und eine Dokumentation gemäß § 60 ff VVG wurde erstellt.

Vermittlerkontonummer

Unterschrift des Vermittlers



Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers



## IX. SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

Landeskrankenhilfe V.V.a.G  
Uelzener Straße 120  
21335 Lüneburg  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000371814

**Mandatsreferenz** (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

MR

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

Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.

### SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige/n (A) den Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Kontoinhaber

Vorname und Name oder Firma *		
Straße, Hausnummer *		
PLZ *	Ort *	Land *
Kreditinstitut (Name) *		BIC (8- bis 11-stellig) *
IBAN (max. 34-stellig) *		
Ort, Datum *		Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) *

### Abweichend von monatlicher Zahlweise wird eine Zahlweise zu nachstehenden Fälligkeiten beantragt:

- Vierteljährlich (zum 1. Jan., 1. Apr., 1. Jul., 1. Okt.)
  Halbjährlich (zum 1. Jan., 1. Jul.)
  Jährlich (zum 1. Jan.)



## X. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person(en)

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung\*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, 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. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an unsere IT-Dienstleister oder Gutachter, 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 (s. VIII.) 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 die Landeskrankenhilfe selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Landeskrankenhilfe (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 Landeskrankenhilfe

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe 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 Risikoprüfung 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 Landeskrankenhilfe 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Landeskrankenhilfe benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

##### 2.2 Erklärung 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 uns 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.

- 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 Landeskrankenhilfe

Wir verpflichten 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. 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 Landeskrankenhilfe 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 Landeskrankenhilfe zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Landeskrankenhilfe 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 den Druck unserer Vertragskorrespondenz, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Landeskrankenhilfe Ihre Schweigepflichtentbindung für sich 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.lkh.de](http://www.lkh.de) eingesehen oder bei uns (Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg oder unter der hierfür eingerichteten Service-Telefonnummer: 04131 725-1320) 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 Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Landeskrankenhilfe dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Landeskrankenhilfe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer

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 Landeskrankenhilfe tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Landeskrankenhilfe 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 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 vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe 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.

\* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers





## XI. Hinweise

### 1. Gesonderte Angaben

Angaben, die Sie in diesem Formular nicht angeben möchten, sind unmittelbar und unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen, an die Landeskrankenhilfe schriftlich nachzureichen.

### 2. Verwendbarkeit der Angaben

Ihre Angaben sind die Grundlage für die Vertragserklärung der Landeskrankenhilfe. Daher ist die Landeskrankenhilfe darauf angewiesen, dass die Angaben wahrheitsgemäß und aktuell sind. Lassen Sie sich daher bei der Beantwortung der gestellten Fragen Zeit und überprüfen Sie Ihre Angaben danach noch einmal!

Ihre Angaben sind für uns nur verwertbar, wenn sie innerhalb **von einem Monat vor Eingang des Formulars** bei der Landeskrankenhilfe von Ihnen unterschrieben und damit bestätigt wurden. Die Landeskrankenhilfe behält sich vor, sich Ihre Angaben, insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand, erneut vor Abgabe einer Vertragserklärung bestätigen zu lassen.

### 3. Andere Versicherungen

Die Landeskrankenhilfe ist unverzüglich zu unterrichten und hat ggf. zuzustimmen, wenn für eine versicherte Person eine weitere Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht wird. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Landeskrankenhilfe nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, das Versicherungsverhältnis, das nicht der Pflicht zur Versicherung dient, fristlos zu kündigen und ist – ebenfalls nach Maßgabe des § 28 VVG – ganz oder teilweise leistungsfrei.

### 4. Wartezeiten

Es besteht die Möglichkeit, die Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten anzurechnen. Anrechenbar sind bei unmittelbarem Übertritt Versicherungszeiten in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (nur Vollversicherung) bzw. die Zeit des Anspruchs auf Heilfürsorge im öffentlichen Dienst.

### 5. Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.). Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuer-

rechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

### 6. Erläuterung zur Übermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beitragsteile und zur Abfrage der Steueridentifikationsnummer

Die Übermittlung der steuerlich abzugsfähigen Versicherungsbeiträge erfolgt gemäß § 10 Abs. 2b EStG i. V. m. § 93c AO unter Angabe der Vertragsdaten, des Geburtsdatums des Versicherungsnehmers sowie der versicherten Person und der Steueridentifikationsnummern des Versicherungsnehmers und der versicherten Person nach dem amtlich vorgeschriebenen Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81 EStG) zur Weiterleitung an die Finanzbehörden.

Machen Sie keine Angaben zur Steueridentifikationsnummer, werden wir diese gemäß § 22a Abs. 2 EStG beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen.

### 7. Gendiagnostik

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

### 8. Widerspruchsrecht nach Art. 21 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (Werbung)

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu den Produkten der Landeskrankenhilfe zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine solchen Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken jederzeit formlos widersprechen. Schicken Sie uns hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg oder gerne per E-Mail an: info@lkh.de.

## XII. Besonderheiten zum Beitragsentlastungstarif

Um den Werterhalt des Tarifs zu gewähren, erhöht sich beginnend im Jahr 2028 alle drei Jahre aufgrund einer vereinbarten Dynamik der Entlastungsbetrag um 10 Prozent. Damit einher geht auch eine Anpassung des Beitrags. Die konkrete Ausgestaltung und Berechnung der Erhöhung sind den jeweils gültigen Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (BEA) zu entnehmen.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens zwei Monate vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung in Textform widerspricht. Über diese Rechtsfolge wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Erhöhungsmittteilung informieren.

Sie erklären Sie sich mit der vorgenannten Regelung der automatischen Dynamik und Widerspruchsmöglichkeit im Beitragsentlastungstarif einverstanden.

## XIII. Tipps zur Vermeidung von Rückfragen

Sie als Kunde oder Vermittler sowie wir als Versicherer sind gleichermaßen an einer zügigen Bearbeitung des Antrags und – wenn möglich – an einer schnellen Policierung interessiert. Dazu können Sie bereits bei der Antragsaufnahme entscheidend beitragen. Die Erfahrung zeigt, dass viele Rückfragen, die die Bearbeitung verzögern, die Einholung von Fragebögen, die auf bestimmte, häufig vorkommende Vorerkrankungen abzielen, und manchmal sogar Arztforderungen oder Arztbesuche vermieden werden, wenn bereits bei der Antragstellung auf genaue und vollständige Angaben zum Gesundheitszustand geachtet wird. Scheuen Sie Sie sich nicht, auch so genannte „Kleinigkeiten“ oder „Nebensächlichkeiten“ aufzuschreiben.

### Allgemeiner Hinweis

Legen Sie bitte bereits vorhandene Unterlagen, welche das Krankheitsbild näher beschreiben, direkt dem Antrag bei. Hierzu gehören:

- Heil- und Kostenpläne
- Kieferorthopädische Behandlungspläne
- Beschreibungen der Behandlung
- Arztberichte / Untersuchungsberichte
- Selbstauskünfte

Falls der Platz auf dem Antrag nicht ausreicht, bitten wir Sie, die Angaben in freier Form auf einem gesonderten Blatt – mit Datum und Unterschrift(en) versehen – zu machen. Auf dieses Blatt sowie auf eventuell beigefügte ärztliche Unterlagen ist im Antrag unter Angabe der Bezeichnung und des Datums der Anlagen zu verweisen.



Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers

#### XIV. Dienstleisterliste

Dienstleister, die im Rahmen ihrer Tätigkeit für die LKH personenbezogene Daten verarbeiten:

Dienstleister	Art der Dienstleistung
AVAD e.V.	Auskünfte über Versicherungsvermittler
Campaign direct services Gütersloh GmbH	Druck-, Kuvertier- und Versandservice
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Telefonische Beratung von Versicherten und Dritten
Ernst Young GmbH	Revisionsleistungen
FT Fernmeldetechnik GmbH (FT-Hoffmann)	Telefondienstleister
Heym GmbH	Telefonzentrale, Wachdienst
IBM Deutschland GmbH, Ehningen	Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahme
Infoscore Consumer Data GmbH	Auskunftseinholung bei Antragstellung
Insiders Technologies GmbH	Digitaler Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland)
MD Medicus Holding GmbH und MD Medicus Assistance GmbH	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, Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung)
Med X Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsprüfung und -abrechnung, Casemanagement, Risikoprüfung
MedCare Int. (USA)	Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
Morgen & Morgen GmbH	Tarifvergleiche
PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit
RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen, systemtechnische Unterstützung bei der Risikoprüfung
Sanitätshaus Müller-Betten GmbH & Co.KG	Hilfsmittelversorgung
SPS Germany GmbH	Unterstützung 1 <sup>st</sup> -Level-Telefonie und Schriftwechselbearbeitung im Kunden- und Vertriebsservice

Kategorien von Dienstleistern	Art der Dienstleistung
Adressermittler	Adressprüfungen
Auskunfteien	Schuldnerrecherche
Berater/Trainer/Coaches	Personalgewinnung und -entwicklung
Druckdienstleister	Visitenkarten
Entsorgungsbetriebe	Dokumenten- und Datenträgervernichtung
IT-Dienstleister	Softwareentwicklung, Programmierung, Hard- und Softwareimplementierung/Wartung/Pflege
Medizinische Gutachter	Erstellung von medizinischen Gutachten, Beratungsleistungen
Postversanddienstleister	Sortierung und Versendung von Briefen und Gegenständen
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung

