

Antrag auf Abschluss von ergänzendem Versicherungsschutz

- PFLEGEprivat** (auch mit staatlicher Förderung)
- AKTIV 55plus**

Ihr persönlicher Fachberater

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:

DZ Bank AG

Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart

BLZ: 600 600 00, Konto-Nr.: 07501 00000,

IBAN: DE72600600000750100000, BIC: GENODESGXXX

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Roman Glaser

Steuer-Nr.: 90495/35841

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 Süddeutschen Kranken- bzw. Unfallversicherung a. G. schriftlich 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 und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. 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.

Gesprächsteilnehmer (vom Vermittler auszufüllen)

Visitenkarte ist durch den Vermittler überreicht worden.

Abweichender Beratungstermin Telefonische Beratung

Anlass der Beratung

Wunsch des Kunden Empfehlung von Sonstiges

Absicherung Kranken- und Pflegeversicherung

Name **Person 01** Status **Person 02** Status
GKV/ PKV
Status
1 = Pflichtvers.,
2 = Freiwillig vers.,
3 = Familienvers.,
4 = Privat vers.

Ihr Beratungs- / Absicherungswunsch

Pflegeergänzungsversicherung Monatsbeitrag in Euro
 Krankenzusatzversicherung Monatsbeitrag in Euro
 Sonstiges

Beratungsinhalte

Leistungen SPV / PPV Versorgungslücken SPV Staatlich geförderte Pflegeversicherung Wartezeiten
 Leistungen GKV / PKV Versorgungslücken GKV Sonstiges

Meine Empfehlung (für die u. genannten Personen)

PFLEGEprivat Ergänzungstarif PS

ambulant/stationär

Tarif PS3 EUR
 Tarif PS2 EUR
 Tarif PS1 EUR
 Tarif PS0 EUR
 Tarif PSU EUR

Werden abweichende Monatsgelder ambulant/stationär empfohlen? Ja Nein
Wird eine Anwartschaft (AWV) empfohlen? Ja Nein
Wird eine Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus empfohlen? Ja Nein

PFLEGEprivat Fördertarif PZ/PZM

Tarif PZ / PZM EUR

AKTIV 55plus

Tarif Top
 Tarif Comfort
 Tarif Basis

Begründung

Zusätzliche Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit Leistung des Pflegegeldes ab Pflegestufe Staatlich geförderte Pflegeversicherung
 Zahnersatz-Leistungen in Höhe von % Kurtagegeld Heilpraktiker-Leistungen Sonstiges

Abweichender Wunsch des Kunden

Im Übrigen gelten die Angaben im Antrag.

Verzichtserklärung

Dokumentationsverzicht Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Der Kunde erklärt hiermit, dass er auf die Dokumentation der angebotenen fachlichen Beratung und / oder die angebotene fachliche Beratung gemäß § 61 Abs. 2 VVG (entsprechend dem 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 nach § 63 VVG gegen den Vermittler geltend zu machen.

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

ANTRAGSTELLER

ANR Name, Vorname
1 = Herr 2 = Frau Straße
PLZ Ort
Mitglieds-Nr. mhplus (für Tarif PZM)
Vers-Nr. Vermittler-Nr. ASP
Telefon-Vorwahl Nummer (freiwillige Angabe)
Adressergänzung

VERSICHERUNGS-BEGINN

ZU VERSICHERNDE PERSONEN

Pers. **01** Vorname (Zuname, wenn anders als beim Antragsteller) Geburtsdatum m. w. Ausgeübter Beruf
Bei Abschluss PZ/PZM: Geburtsname Geburtsort Sozialversicherungs-/Rentenversicherungs-Nr.
Pers. **02** Vorname (Zuname, wenn anders als beim Antragsteller) Geburtsdatum m. w. Ausgeübter Beruf
Bei Abschluss PZ/PZM: Geburtsname Geburtsort Sozialversicherungs-/Rentenversicherungs-Nr.

ART UND UMFANG DER VERSICHERUNG für die links aufgeführte(n) Person(en) beantrage ich den Abschluss von

	01 Person	02 Person	
Tarif PZ	Monatsgeld in Pflegestufe 3 (für Zulage mind. 600,- EUR)	monatl. Tarifbeitrag (für Zulage mind. 15,- EUR) <input style="width: 50px;" type="text"/>	Monatsgeld in Pflegestufe 3 (für Zulage mind. 600,- EUR)
	_____ EUR	abzgl. staatl. Zulage - 5,00 EUR	_____ EUR
	<input type="checkbox"/> Tarif PZM (mhplus-Mitglied)	zu zahlender Beitrag <input style="width: 50px;" type="text"/>	zu zahlender Beitrag <input style="width: 50px;" type="text"/>

a) Summe der zu zahlenden Beiträge Tarif PZ/PZM, Pers.1, Pers. 2:

Tarif PS	<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht*			<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht*		
	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR
ambulant	stationär	ambulant		stationär		
PS3D	_____ EUR	_____ EUR	<input style="width: 50px;" type="text"/>	_____ EUR	_____ EUR	<input style="width: 50px;" type="text"/>
PS2D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>
PS1D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>
PS0D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input style="width: 50px;" type="text"/>
PSU	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		<input style="width: 50px;" type="text"/>	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> _____ EUR			<input type="checkbox"/> _____ EUR		
	monatl. Beitrag: <input style="width: 50px;" type="text"/>			monatl. Beitrag: <input style="width: 50px;" type="text"/>		

* Wird die Dynamik-Option über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht, entfällt das Tarifkennzeichen „D“.

b) Summe der zu zahlenden Beiträge Tarif PS, Pers.1, Pers. 2:

Zu zahlender Gesamtbeitrag PFLEGEprivat (a+b):

Besteht, bestand oder ist bereits anderweitig eine private Kranken- oder Pflegeergänzungsversicherung beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Person Nr.	Gesellschaft / Kasse / SDK	von – bis	Monatsgeld in EUR
		<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

GESUNDHEITSFRAGEN (Nur bei Abschluss der PS-Tarife zu beantworten)

Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person **leider nicht möglich**. Für die mit * gekennzeichneten Erkrankungen kann jedoch geprüft werden, ob dennoch Versicherungsschutz angeboten werden kann.

1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt), Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt?

2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen? Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose*, Amyotrophische Lateralsklerose, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose*, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Missbildungen*, Down-Syndrom, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Schlaganfall, Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen*, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen*, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Wurde die 2. Frage mit „ja“ beantwortet und besteht oder bestand ausschließlich eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen, ist eine Prüfung der Versicherungsfähigkeit möglich. Ich beantrage für Person ____ eine Prüfung der Versicherungsfähigkeit für:

Osteoporose Sarkoidose Missbildungen chronische Nierenerkrankungen psychische Erkrankungen

Körpergröße cm

Körpergewicht kg

	Person 01	Person 02
Körpergröße cm	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Körpergewicht kg	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Ja Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ja Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Pers.	01	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)
	02	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)

monatl. Tarifbeitrag

Summe der Beiträge **AKTIV 55plus**, Pers.1, Pers. 2:

Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die noch nicht ersetzt sind oder ist Zahnersatz oder Inlayversorgung notwendig oder vorgesehen? (Für bei Antragstellung fehlende nicht ersetzte Zähne sowie bei vorhandenem Zahnschaden besteht keine Leistungspflicht.)

Person 01	Person 02
Ja Nein	Ja Nein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

mtl. Gesamtbeitrag **AKTIV 55plus + PFLEGEprivat**

BEITRAGSZAHLUNG

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf abgebucht werden

Mandatsreferenznummer

Ort, Datum

ja* nein

Zahlungsweise

monatlich jährlich (z.Z. 1% Skonto. Skonto bei Jahreszahlung gilt nicht für Tarif PZ/PZM).

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.

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Empfänger

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 5
70736 Fellbach

Gläubiger-ID

DE62SDK00000062000

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

Schlussklärung

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 Bestand-

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

Wichtige Erklärungen

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Die SDK hat im Einzelfall ein berechtigtes Interesse, Informationen aus dem Datenkatalog der Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzverzeichnisdaten über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten einzuholen.

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

Wichtige Erklärungen für die Beantragung von Tarif PZ/PZM

Ich erkläre, dass ich

- in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert bin und
- derzeit keine Leistungen nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige/r Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehe oder in der Vergangenheit bezogen habe und
- das 18. Lebensjahr vollendet habe.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Ich erkläre, dass ich bisher keine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherungen abgeschlossen oder beantragt habe.

Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulagennummer sowie die Zulage selbst bei der Zentralen Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die ZfP übermittelt werden.

Einwilligung zur Produktinformation

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

Einwilligung zur Produktinformation per Telefon/E-Mail (bitte ankreuzen)

SDK-Versicherungsgruppe/Außendienstmitarbeiter:

Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Außendienstmitarbeiter oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe sowie zum Angebot der mhplus Krankenkasse

per Telefon per E-Mail informiert zu werden.

Der Außendienstmitarbeiter kann mich in gleicher Weise auch über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstmitarbeiter betreuten Bankinstituts informieren.

Bankinstitut:

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

per Telefon per E-Mail informiert.

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

Übermittlung technischer Daten (nur bei Beantragung von Tarif PZM)

Tarif PZM: Nach den Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif PZM bei der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. für Versicherte der mhplus Betriebskrankenkasse mit Ablauf des Monats, in dem deren Versicherungsverhältnis bei der mhplus Betriebskrankenkasse erlischt und wird im Tarif PZ fortgesetzt. Ich willige /wir willigen darin ein, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse in regelmäßigen Abständen Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer) zum bestehenden Versicherungsverhältnis des Versicherten einander speicherbar übermitteln. Gesundheitsdaten werden nicht übermittelt. Es ist mir / uns bekannt, dass diese Einwilligung eine Voraussetzung für den Vertragsabschluss bei der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich / willigen wir ein, dass die überlieferten Daten von der mhplus Betriebskrankenkasse zum Zweck der Mitgliederberatung und -betreuung genutzt werden dürfen.

PE-/PS-Tarife: Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich / willigen wir ein, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. der mhplus Betriebskrankenkasse Vertragsdaten zum Zweck der Mitgliederberatung und -betreuung durch die mhplus Betriebskrankenkasse speicherbar übermitteln darf.



SDK / mhplus – „Leistungserbringung aus einer Hand“

Tarife PE/PS/PZM: Es ist mir/uns bekannt, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse im Rahmen der „Leistungserbringung aus einer Hand“ eine für den Versicherten vereinfachte und beschleunigte Bearbeitung seiner Leistungsansprüche anbieten. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich / willigen wir ein, dass bei der Leistungsbearbeitung bezüglich der Tarife PE/PS/PZM die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse einander die erforderlichen Rechnungsbelege, einschließlich der in diesen enthaltenen Gesundheitsdaten, zukommen lassen.

Ja, dem Verfahren wird zugestimmt.

Nein, dem Verfahren wird nicht zugestimmt.

Bitte beachten Sie: Die Gesundheitsfragen 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: Antrag@sdk.de . FAX: 0711/5778-333. 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 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.

Skonto

Die auf Seite 4 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.

Versicherungsbedingungen

Es werden folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Bestandteil des Vertrages, soweit sie auf den beantragten Versicherungsschutz zutreffen. AVB für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung.

Kundeninformation

Das Antragsheft enthält folgende, fest miteinander verbundene Kundeninformationen:

Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Antrag, Produktinformationsblatt, Gesetzliche Kundeninformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (1.518), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung (1.522) sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Widerspruchsrecht nach § 28 Abs. 4 S. 1 BDSG (Werbung)

Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe zum Zwecke der Werbung widersprechen.

Vorläufige Deckungszusage 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 der Tarife WGZ2, WGZ3 und WGZ4 sofern der Versicherungsbeginn nicht später als 14 Tage nach Reiseantritt liegt.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:

DZ Bank AG

Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart

BLZ: 600 600 00, Konto-Nr.: 07501 00000,

IBAN: DE72600600000750100000, BIC: GENODESGXXX

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Roman Glaser

Steuer-Nr.: 90495/35841

SDK-VERM-NR. * NR / NAME / VERMITTLER

9 1			* S = 1 M = 2
9 1			
Zusatzinformation zu			
9 1			

DIV X	DIV 4
-------	-------

DIV/ SONSTIGER VERMITTLER

Name _____

Anschrift _____

Stempel/ Unterschrift der Bank bzw. des ADM

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung* für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)

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, benötigt die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK) 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 (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

Ich willige ein, dass die SDK 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

Ich willige ein, dass die SDK – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfällprüfung 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 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die SDK an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die SDK 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

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

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 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die SDK 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

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 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:

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

Möglichkeit I: Person 1 Person 2

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

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

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 SDK 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 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SDK 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 5778-0 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 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 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 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 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

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 SDK 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 1–54 des Antrages richtig und vollständig ausgefüllt, ausgedruckt und mir ausgehändigt wurden.

Ort, Datum	Antragsteller/in Person 1 Person 2
	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.