

Krankenversicherung:

- Antrag
 Wunsch nach Versicherungsangebot



I. Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer bei Änderung: Formular/e für weitere Person/en anbei: Ja Nein Honorarberatung hat stattgefunden

II.a Versicherungsnehmer = ggf. zu versichernde Person

Herr Frau Name: Geburtsdatum: Hauptwohnsitz in den letzten 5 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland):

Titel und Vorname: Familienstand: Ledig Verheiratet Verpartnert Verwitwet

Straße und Hausnummer: Tel. (freiwillige Angabe): E-Mail (freiwillige Angabe):

PLZ und ständiger Wohnort: Selbstständig Arbeitnehmer Beamter Sonstige

Jetzige berufliche Tätigkeit: Arbeitgeber/Betrieb/Ausbildungsstätte: Falls Beihilfeber.: Bund Land:

II.b Zu versichernde Person

Herr Frau Name: Geburtsdatum: Hauptwohnsitz in den letzten 5 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland):

Titel und Vorname: Beziehung zum Versicherungsnehmer: Ehegatte Tochter/Sohn Sonst.:

Straße und Hausnummer, falls abweichend vom Versicherungsnehmer: Tel. (freiwillige Angabe): E-Mail (freiwillige Angabe):

PLZ und ständiger Wohnort, falls abweichend vom Versicherungsnehmer: Selbstständig Arbeitnehmer Beamter Sonstige

Jetzige berufliche Tätigkeit: Arbeitgeber/Betrieb/Ausbildungsstätte: Falls Beihilfeber.: Bund Land:

II.c Beitragszahlung (monatlich)

Ein zum Vertrag ggf. erteiltes SEPA-Lastschrift-Mandat gilt auch für den jetzt beantragten Versicherungsschutz (SEPA-Lastschrift-Mandat siehe IX.).
 Abweichende Zahlungsweise zu nachstehenden Fälligkeiten: 1.01. = 1/1- 1.01., 1.07. = 1/2- 1.01., 1.04., 1.07., 1.10. = 1/4-jährlich

III. Angaben zu Kranken- und Pflegeversicherungen

	Nein	Ja	bei... (auch bei LKH)	zu versichernde Person
1. Besteht oder bestand (wenn ja, wo zuletzt):				
a) eine gesetzliche oder private Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) eine Pflegepflichtversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) eine Kranken(tage)geldversicherung? In welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) eine sonstige Zusatzversicherung? Welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Beginn und Ende der Versicherung zu 1. a) – d)? (Zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten s. XI.5.)			zu <input type="text"/> von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
			zu <input type="text"/> von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
3. Bonitätsprüfung (nur bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung zu beantworten)				
a) Besteht beim derzeitigen (falls zzt. unversichert: beim letzten) Krankenversicherer ein Beitragsrückstand? Versicherungsnehmer: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zu versichernde Person: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
b) Bestand in den letzten 3 Jahren bei einem Versicherer der Notlagentarifa? Versicherungsnehmer: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zu versichernde Person: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
c) Wurde in den letzten 7 Jahren bzgl. des Vermögens die eidesstattliche Versicherung abgegeben oder Insolvenzantrag gestellt? Versicherungsnehmer: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zu versichernde Person: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
4. Für Pflegepflichtversicherung (s. XI.6.) Grenzbetrag 2022: 470 EUR zu versichernde Person: <input type="checkbox"/> Mtl. Gesamteinkommen unter Grenzbetrag				

IV. Steueridentifikationsnummer (nur bei Krankheitskostenvollversicherung erforderlich)

Die Landeskrankenhilfe wird die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß XI.7. der nachfolgenden Hinweise übermitteln.

Versicherungsnehmer: Steueridentifikationsnummer (11-stellig) zu versichernde Person: Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

V. Versicherungsumfang für die zu versichernde Person

Vers.-/Änderungsbeginn:

20

Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach § 2 AVB!
Pflegetagegeld: Für werdende Mütter oder Väter: Bitte VI. d) beachten.

Table with 5 columns: Art, Bisheriger (Tarif, Stufe), Künftiger (Tarif, Stufe), Risikozuschlag, Gesamtbeitrag in EUR ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag. Includes a 'Summe:' row at the bottom.

Beitragsrückerstattungen bei kostenbewusstem Verhalten und Abschläge erscheinen, soweit vorhanden, ausschließlich im Versicherungsschein.

VI. Zusatzfragen zur zu versichernden Person

- a) Wenn Krankentagegeld beantragt: Wie hoch ist das Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus beruflicher Tätigkeit?
b) Bei Abschluss von Tarifen mit einem Krankentagegeld ab dem 8., 15., 22. oder 29. Tag:
1. Seit wann sind Sie in Ihrem jetzigen Beruf ohne Unterbrechung selbstständig?
2. Welcher Art ist Ihr Unternehmen/Gewerbe?
3. Anzahl der regelmäßig beschäftigten Arbeitnehmer?
4. a) Sind Sie GmbH-Gesellschafter oder Gesellschafter-Geschäftsführer?
b) Besteht Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?
c) Erklärung für Beamtenanwärter
d) Wenn ein Pflegetagegeld beantragt wird:
Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder einen werdenden Vater bzw. ist eine Adoption beabsichtigt?

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“.

VII. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Im Rahmen der nachfolgend unter XI.3. genannten Vertragsänderungen sind die Fragen 2.-11. und 13.-16. nur zu beantworten, wenn die abgefragten Angaben der LKH nicht bereits durch Erstattungsanträge oder sonstige schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind. Bitte beachten Sie auch die unter XI.8. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

- 1. Sind Untersuchungen, Kontrollen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt oder finden solche derzeit statt?
2. Sind Wehrdienstbeschädigungen, Arbeitsunfallverletzungen, Berufskrankheiten oder Erwerbsminderungen anerkannt oder ist deren Anerkennung beantragt worden?
3. Besteht derzeit eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder bestand(en) in den letzten 3 Jahren ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit(en) von mehr als 14 Kalendertagen?

Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person (Fortsetzung)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Ja |
| 4. 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden in den letzten 5 Jahren Maßnahmen der künstlichen Befruchtung angeraten, beabsichtigt, erwogen, durchgeführt oder finden solche derzeit statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erfolgt in den letzten 5 Jahren stationäre oder teilstationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen in einem/ Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Kur- oder sonstigen Krankenanstalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wird derzeit oder wurde in den letzten 3 Jahren ein Medikament wiederholt verordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben, Infusionen)? Falls ja, bitte Medikation angeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bestand jemals oder besteht Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder eine sonstige Suchterkrankung (z. B. Spielsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurde jemals Hepatitis oder eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt, ist ein Hepatitis- oder HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 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.
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | | |
| 12. Bei Personen ab Alter 14: Körpergröße: <input style="width: 40px;" type="text"/> cm Körpergewicht: <input style="width: 40px;" type="text"/> kg | | |

Zusatzfragen zum Zahn- und Gebisszustand

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Nur für Tarif Z50E: Sind mehr als 9 Inlays, Onlays und Zahnfüllungen vorhanden? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: | Anzahl | |
| 14. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen. | Anzahl | |
| 15. Wie viele Zähne, die keine Weisheitszähne sind, fehlen derzeit, ohne ersetzt zu sein? Falls keiner, bitte „0“ eintragen. Oberkiefer: <input style="width: 40px;" type="text"/> Anzahl Unterkiefer: <input style="width: 40px;" type="text"/> Anzahl | | |
| 16. Wurden in den letzten 5 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? Falls ja, bitte ggf. Heil- und Kostenplan beifügen. | Nein | Ja |
| 17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen 1.–10., 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Krankheit, Beschwerden, Behandlung usw./ Untersuchungsergebnis/Medikamente?	Operation?		Von wann bis wann aufgetreten/ behandelt usw.?	Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	Namen und Anschriften der Ärzte/Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.?	Folgenlos ausgeheilt bzw. ohne Befund?	
		Nein	Ja				Nein	Ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für weitere Angaben ist eine gesonderte, unterschriebene Anlage (z. B. LKH 3-15) zu verwenden. Anlage beigefügt:

Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Informationsblätter zu Versicherungsprodukten, Kundeninformation, Tarifbeschreibungen (Tarifblätter) und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen - Die Seiten 1–7 dieses Antrages habe ich als Kopie erhalten
--	--

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers X
------------	---

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 „X. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“ und „XI. Hinweise“.

Mit Ihrer Unterschriftsleistung geben Sie außerdem zu den nachstehenden Themenbereichen Erklärungen ab:

A. 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.

Darüber hinaus willige ich – ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar – ein, dass die Landeskrankenhilfe und die Landeslebenshilfe sowie ggf. beauftragte Dritte wie z. B. **der mich betreuende Vertriebspartner** meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs- und Vertragsdaten zu Werbezwecken für deren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte auch unabhängig vom Bestehen eines Versicherungsvertrags verarbeiten und nutzen dürfen.

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

B. 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 und die Landeslebenshilfe 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- o. Pflegeversicherungsvertrages* Kenntnis nehmen konnte, die mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen werden.

D. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung (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. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
- 3. Weitergabe von Gesundheitsdaten
- 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

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

C. 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
X

Unterschrift der zu versichernden Person (ab Alter 16)
X

Zusätzliche Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen
X

Alleiniges Sorgerecht

Bestätigung des Vermittlers:

Der VN hat eine Durchschrift/Kopie des Druckstücks erhalten. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Die Fragen zum Gesundheitszustand (Abschnitt VII.) 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.

Vermittler-Konto-Nr.

Unterschrift des Vermittlers
X

IX. SEPA-Lastschrift-Mandat (bei mehreren Formularen einmalig ausreichend)

Zahlungsempfänger

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000371814

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

MR

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (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.

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.

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)*
X

X. Weitere Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ^a

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. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. 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 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 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

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 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 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 übermittelt 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 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 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.

^a Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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. Verwertbarkeit 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. Vertragsänderungen im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung

a) Erhöhung des Krankentagegeldes bzw. des Krankenhaustagegeldes um max. 50 EUR, b) Verkürzung der Karenzzeit des Krankentagegeldes, c) Tarifumstellung innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung – außer verbandseinheitlicher Tarife – sowie Einschluss von Pflegezusatztarifen, d) Umstellung in die besonderen Bedingungen für Schüler und Studenten.

4. 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.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

5. 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.

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 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 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.

6. 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 steuerrechtlich 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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 bzw. Landeslebenshilfe 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., 21332 Lüneburg oder gerne per E-Mail an: info@lkh.de.

Dienstleisterliste

Anlage zu X. Punkt 3.2. der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Dienstleister	Art der Dienstleistung
Sanitätshaus Müller-Betten GmbH & Co.KG	Hilfsmittelversorgung
Drescher Full-Service Versand GmbH	Druck-, Kuvertier- und Versandservice
Heym GmbH	Telefonzentrale, Wachdienst
Morgen & Morgen GmbH	Tarifvergleiche
Med X GmbH	Leistungsprüfung und -abrechnung
MedCare Int.	Rechnungsprüfung für Heilbehandlungen in den USA
compass private pflegeberatung GmbH	Telefonische Beratung von Versicherten und Dritten
Insiders Technologies GmbH	Digitaler Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb
Ernst Young GmbH	Revisionsleistungen
AVAD e.V.	Auskünfte über Versicherungsvermittler
Kategorien von Dienstleistern	Art der Dienstleistung
Entsorgungsbetriebe	Dokumenten- und Datenträgervernichtung
IT-Dienstleister	Softwareentwicklung, Programmierung, Hard- und Softwareimplementierung/ Wartung/Pflege
Auskunfteien	Schuldnerrecherche
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung
Medizinische Assistance-Dienstleister	Krankentransporte, Assistance im Ausland, Abrechnung mit medizinischen Dienstleistern im Ausland
Medizinische Gutachter	Erstellung von medizinischen Gutachten, Beratungsleistungen
Postversanddienstleister	Sortierung und Versendung von Briefen und Gegenständen
Rechtsanwälte	juristische Beratung und Vertretung
Berater/Trainer/Coaches	Personalentwicklung
Adressermittler	Adressprüfungen
Druckdienstleister	Visitenkarten

Stand April 2021