ARAG Pflege-Zusatzversicherung

Ges.	Abschluss-VP	Abschluss-Orga	%-Anteil	VS-Versand über AST	Tel. Nr. AV	Fax Nr. AV
				☐ ja		

☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag ☐ Fernabsatz ARAG Vertrags-Nr.

Versicherungsnehmer / Antragsteller

☐ Herr ☐ Frau | Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum | Nationalität*

Straße, Hausnummer | Adresszusatz

PLZ | Wohnort | Telefon**

E-Mail** | Telefon mobil**

☐ Angestellter ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Information über ARAG Versicherungen

Für eine gute Beratung und Betreuung rund um Recht, Absicherung, Gesundheit und Vorsorge möchten wir Sie stets mit aktuellen Informationen auf dem Laufenden halten. Dafür benötigen wir Ihre Zustimmung.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Sie und die von Ihnen beauftragten Mitarbeiter und Versicherungsvermittler mich telefonisch, per SMS und E-Mail über Versicherungsprodukte und Services der ARAG SE, der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und der ARAG Krankenversicherungs-AG für mich oder meine Familienangehörigen informieren. Dieses Einverständnis umfasst auch die Ansprache zur Markt- und Meinungsforschung. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann das Einverständnis jederzeit widerrufen: per E-Mail an Anfrage-KV@ARAG.de, unter 089 4124 9566 oder per Post an ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München.

Versicherungsbeginn

Datum 01 | zugleich Termin der 1. Beitragsfälligkeit

Zahlungsweise

☐ jährlich (4 % Skonto) ☐ ½-jährlich (2 % Skonto) ☐ ¼-jährlich ☐ monatlich Für den Tarif PF kann kein Skonto gewährt werden.

Ich wünsche die widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) ☐ zum 1. eines Monats ☐ zum 15. eines Monats

Zu versichernde Person 1

☐ Herr ☐ Frau | Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) | Geburtsdatum | Nationalität*

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

☐ Angestellter ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

Zu versichernde Person 2

☐ Herr ☐ Frau | Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) | Geburtsdatum | Nationalität*

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller

☐ Angestellter ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler | Derzeit ausgeübter Beruf und Branche oder Fachrichtung

* Angabe für den Tarif PF erforderlich
** freiwillige Angabe

Original: ARAG HV KV / 1. Kopie: VP / 2. Kopie: Antragsteller

Tarife und Beiträge

Für die Tarife der IndividualPflege und für das Pflegetagegeld in Tarif 69 beträgt der Mindesttagessatz 5 Euro.

Person 1			Person 2		
Tarif	**Tagessatz**	**Monatsbeitrag**	**Tarif**	**Tagessatz**	**Monatsbeitrag**
☐ FörderPflege PF*	Euro	Euro	☐ FörderPflege PF*	Euro	Euro
abzüglich 5 Euro Zulage für Tarif PF		Euro -5,00	abzüglich 5 Euro Zulage für Tarif PF		Euro -5,00
☐ IndividualPflege PIN1 Pflegegrad 1	Euro	Euro	☐ IndividualPflege PIN1 Pflegegrad 1	Euro	Euro
☐ IndividualPflege PIN2 Pflegegrad 2	Euro	Euro	☐ IndividualPflege PIN2 Pflegegrad 2	Euro	Euro
☐ IndividualPflege PIN3 Pflegegrad 3	Euro	Euro	☐ IndividualPflege PIN3 Pflegegrad 3	Euro	Euro
☐ IndividualPflege PIN4 Pflegegrad 4	Euro	Euro	☐ IndividualPflege PIN4 Pflegegrad 4	Euro	Euro
☐ IndividualPflege PIN5 Pflegegrad 5	Euro	Euro	☐ IndividualPflege PIN5 Pflegegrad 5	Euro	Euro
☐ Pflegetagegeld Tarif 69	Euro	Euro	☐ Pflegetagegeld Tarif 69	Euro	Euro
☐ Pflegekosten Tarif 68**	Lstg.-Stufe	Euro	☐ Pflegekosten Tarif 68**	Lstg.-Stufe	Euro
Beitrag für Person 1		Euro	**Beitrag für Person 2**		Euro

Gesamtbeitrag

Monatlicher Gesamtbeitrag Person 1+2
(nach Abzug der staatlichen Zulage für den Tarif PF) Euro 0,00

* Der angegebene Tagessatz für den Tarif FörderPflege PF gilt für Pflegegrad 5. Der Tagessatz bei Pflegegrad 1 beträgt 10 %, der Tagessatz bei Pflegegrad 2 beträgt 20 %, der Tagessatz bei Pflegegrad 3 beträgt 30 % und der Tagessatz bei Pflegegrad 4 beträgt 40 %.

** Aufstockung % / Lstg.-Stufen: 20 % - 681, 40 % - 682, 60 % - 683, 80 % - 684, 100 % - 685, 120 % - 686, 140 % - 687, 160 % - 688, 180 % - 689, 200 % - 680

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht
Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen anzugeben.

Wir dürfen gemäß Gendiagnostikgesetz weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages genetische Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch ist es uns untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse bzw. Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Sie sind jedoch verpflichtet, bestehende Erkrankungen und Vorerkrankungen anzugeben – unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie auf der dritten Antragsrückseite unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht".

Fragen an die zu versichernden Personen

Sind Sie in einer sozialen bzw. privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert?

Person 1 ☐ ja Name der Versicherung ☐ nein

Person 2 ☐ ja Name der Versicherung ☐ nein

Ergänzende Angaben für die ARAG FörderPflege

	Geburtsort	Geburtsname	Sozialversicherungsnummer (freiwillige Angabe)
Person 1			
Person 2			

Ergänzende Angaben für die Tarife IndividualPflege PIN, 68 und 69
Besteht bereits eine private Pflegetagegeldversicherung?

		Höhe des Pflegetagegeldes?	
Person 1	☐ ja	Euro	☐ nein
Person 2	☐ ja	Euro	☐ nein

Gesundheitsangaben
Für den Tarif PF müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden

Antragsteller

Wichtig: Muss eine oder mehrere der Fragen 2. bis 4. mit „ja" beantwortet werden, kann leider kein Versicherungsschutz angeboten werden.

	Person 1		Person 2	
1. Wie groß sind Sie? Wie viel wiegen Sie?	cm	kg	cm	kg
2. Trifft eine der folgenden Angaben auf Sie zu?	ja	nein	ja	nein
• Es besteht Pflegebedürftigkeit bzw. es wurde ein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt, oder es ist eine Antragsstellung geplant/angeraten, oder Sie haben bereits Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung bezogen. • Ihre Selbstständigkeit ist gesundheitlich beeinträchtigt und Sie waren in den letzten 12 Monaten auf Hilfe angewiesen. Diese sechs Lebensbereiche sind maßgebend: 1. Mobilität 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 4. Selbstversorgung 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	☐	☐	☐	☐
Bei der Beantwortung der Gesundheitsfrage 2. ist die „Erläuterung zur Beantwortung der Gesundheitsfrage Nr. 2" auf der Antragsrückseite 1 zugrunde zu legen.				
3. Besteht oder bestand innerhalb der letzten fünf Jahre eine der folgenden und auf der ersten Antragsrückseite genannten Erkrankungen oder hat ein Arzt einen entsprechenden Verdacht geäußert? Chromosomenveränderung, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, des zentralen Nervensystems, der Sinnesorgane, des Herz-Kreislauf-Systems, der inneren Organe oder des Stoffwechsels, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Psyche oder Suchterkrankungen.	☐	☐	☐	☐
Bitte beachten Sie unbedingt die Hinweise auf der Rückseite zur Beantwortung der Gesundheitsfrage 3.				
4. Besteht bei Ihnen eine anerkannte Behinderung oder läuft ein Feststellungsverfahren nach SGB IX bzw. ist eines geplant/angeraten, oder trifft es zu, dass Sie Leistungen wegen Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit bereits erhalten bzw. beantragt haben?	☐	☐	☐	☐

Beratungsprotokoll

Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt **(nicht Zutreffendes bitte streichen)**.
Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf **(nicht Zutreffendes bitte streichen)**.
Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die zu erstattenden Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.
Eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10 und erhalten Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

Verpflichtungserklärung

Ich erkläre, dass ich
- das 18. Lebensjahr vollendet,
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert bin,
- bisher noch keine Pflegeleistungen bezogen habe und derzeit auch keine Pflegeleistungen beziehe und
- bei keinem anderen Versicherer ein staatlich gefördertes Pflegeprodukt beantragt oder abgeschlossen habe.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- und Förderfähigkeit nach § 126 SGB XI führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, der ARAG Krankenversicherungs-AG unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Vollmacht zur Beantragung der staatlichen Zulage

Ich bevollmächtige die ARAG Krankenversicherungs-AG, die Zulage für die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung zu beantragen, entgegenzunehmen und dem Beitragskonto gutzuschreiben. Ich willige ein, dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt werden.

Sofern eine Sozialversicherungsnummer auf diesem Antrag nicht angegeben wird oder noch nicht besteht, umfasst die vorstehende Vollmacht zudem die Einwilligung in die Abfrage oder Vergabe dieser Nummer bei der oben genannten zentralen Stelle.

Datenschutzhinweise

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie auf ARAG.de unter der Rubrik Datenschutz.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung 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, die ARAG Krankenversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). 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. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG (unter 2.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)

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.

Diese wichtigen Erklärungen einschließlich zusätzlicher Informationen finden Sie auf der Rückseite des Antrags mit folgender Gliederung:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG

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

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen ab.
Desweiteren bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben sowie die Hinweise auf der Rückseite zur Beantwortung der Gesundheitsfragen zur Kenntnis genommen haben.

Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" ab. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Auch haben Sie die übrigen Hinweise auf der Rückseite zur Kenntnis genommen.

Unterschriften
Vor- und Zunamen

Ort/Datum	Antragsteller
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Empfangsbestätigung

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen **(nicht Zutreffendes bitte streichen)**:

- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Versicherteninformationen),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III,
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht),
- Datenschutzhinweise.

Zusätzlich haben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschriften
Vor- und Zunamen

Ort/Datum	Antragsteller

Sie haben die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" erhalten und zur Kenntnis genommen.

1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

SEPA-Lastschriftmandat

☐ **zum Antrag** vom Datum 20

☐ **zum Vertrag** ARAG Vertrags-Nr.: | Mandatsreferenz-Nr.: | **Wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt**

Kontoinhaber
Mandatsgeber

☐ Der Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller ist gleichzeitig der Kontoinhaber/Mandatsgeber.

☐ Herr
☐ Frau
☐ Firma

Name, Vorname, Titel, Firma | Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma

Straße, Hausnummer

PLZ | Ort

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
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) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich (uns) die ARAG spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification").

Kreditinstitut
kein Sparkonto

Name

IBAN

BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)

Zahlungs-empfänger

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476

Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigter

Ort, Datum | Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter

Original: ARAG HV KV / Kopie: Antragsteller

Wichtige Hinweise/Erklärungen

ALLGEMEINE HINWEISE

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Allgemeinen ist es von Versicherungsunternehmen nicht erwünscht, dass eine bestehende private Krankenversicherung aufgegeben wird, um zu einer anderen Gesellschaft zu wechseln. Auch kann dies für den Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person mit Nachteilen verbunden sein.
Bitte informieren Sie sich deshalb, bevor Sie einen bestehenden Vertrag kündigen. Am besten warten Sie vor der Kündigung auch die Annahme Ihres Antrags durch uns ab, damit Sie nahtlosen Versicherungsschutz haben.

TARIF- UND BEDINGUNGSÜBERSICHT

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife IndividualPflege PIN, 68 und 69 setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, MB/EPV 2017, Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibungen) zusammen.
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif PF setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, MB/GEPV 2017, Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibungen) zusammen.

ERLÄUTERUNG ZUR BEANTWORTUNG DER GESUNDHEITSFRAGE 2.

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde;
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

BESONDERER HINWEIS ZUR BEANTWORTUNG DER GESUNDHEITSFRAGE 3.

Für die Beantwortung der Gesundheitsfrage 3. sind ausschließlich die nachstehenden Erkrankungen maßgeblich. Wenn bei Ihnen bereits eine der folgenden Erkrankungen/Schädigungen besteht, oder in den letzten fünf Jahren bestand, oder ein Arzt einen entsprechenden Verdacht geäußert hat, ist die Gesundheitsfrage 3. mit „ja" zu beantworten.

Chromosomenveränderung	Down-Syndrom (Trisomie 21)
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	Fibromyalgie, Gelenkarthrosen, Glasknochenkrankheit, Marmorknochenkrankheit, Morbus Bechterew, Muskelschwund, Osteoporose, rheumatoide/chronische Arthritis
Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Sinnesorgane	Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Arteriosklerose, Ataxie, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Gehirnerkrankung, Hirntumor, Kinderlähmung, Koma, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Myasthenia gravis, Netzhauterkrankung, Parkinson-Erkrankung, Polyneuropathie, Querschnittslähmung, Schlaganfall, Sehnervschädigung
Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	Angina Pectoris, Arterienaneurysma, Dekubitus, Embolie, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankung, Koronare Herzkrankheit (KHK), Ulcus cruris (chronisches Unterschenkelgeschwür), Vorhofflimmern
Erkrankungen/Schädigungen innerer Organe und Stoffwechselerkrankungen	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronische Lebererkrankung, chronische Nierenerkrankung, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Lungenemphysem, Morbus Crohn, Mukoviszidose, Strahlenfolgen, Zustand nach Organtransplantation
Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten	Alle Arten von malignen (bösartigen) Tumorerkrankungen, HIV-Infektion, Leukämie, Osteomyelitis, Tuberkulose
Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen	Alkohol-/Drogen-/Medikamentenabhängigkeit, Autismus, Depression, Psychose, Schizophrenie

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 gestellten 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 innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München 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 den nachstehenden Informationen 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 (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.
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 mit Ablauf von drei 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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.
Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ihre
ARAG Krankenversicherungs-AG

Wichtige Erklärungen zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I“

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG 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. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG
Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe 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.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon + 89 4124-8200, service@ARAG.de 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 ARAG Krankenversicherungs-AG 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 ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. 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 ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. 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 ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend fur die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsvertrage einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

3. 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 ARAG Krankenversicherungs-AG 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.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München
Telefon: 089 4124 02
Telefax: 089 4124 9525
E-Mail: Service@ARAG.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@ARAG.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.ARAG.de/datenschutz abrufen.
Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.
Die Daten aller mit der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.
Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- Risiko- und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ARAG-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung,
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen-und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.ARAG.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.ARAG.de/datenschutz entnehmen.

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

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 606
91511 Ansbach
Telefon: +49 (0) 981 53 1300
Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

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

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Bei Beantragung einer Krankheitskosten-Vollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung fragen wir bei einer Wirtschaftsauskunftei (z.B. infoscore, SCHUFA, Bürgel, Creditreform) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.ARAG.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ferner vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Entscheiden wir vollautomatisiert über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen, basiert unsere Entscheidung auf den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, auf den von uns verarbeiteten Gesundheitsdaten, sowie auf den gebührenrechtlichen Entgeltregelungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Geben wir Ihrem Leistungsantrag nicht in vollem Umfang statt, haben Sie das Recht auf Überprüfung der vollautomatisierten Entscheidung durch einen Sachbearbeiter der ARAG-Krankenversicherungs-AG.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

1. ARAG SE
2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
3. ARAG Krankenversicherungs-AG
4. Vif GmbH
5. Interlloyd Versicherungs-AG

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Deutsche Post AG	Postbearbeitung	nein
	DHL Paket GmbH	Paketversand	nein
	DHL Express Germany GmbH	Expressversand	nein
	Postcon National GmbH	Postbearbeitung	nein
	rcDDM GmbH	Druck und Versand	ja
außer 4.	Reisswolf Deutschland GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Control€xpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	Ihr Rehabilitations-Dienst GmbH	Disease-Management	ja
ARAG Krankenversicherungs-AG	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARBMED GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA rentable GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	Viamed GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
Interlloyd Versicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	Ja
	Control€xpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (http://www.arag.de). Hier finden Sie unter der Überschrift „Neue Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.