SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Antrag auf Neuabschluss/Änderung einer bestehenden Krankenvollversicherung

Version für Makler

Antrag

Nähere Informationen zum Zustandekommen des Vertrages durch einen Antrag entnehmen Sie bitte den weiteren Hinweisen und Erläuterungen auf der Seite 7.

Abschluss / Änderung einer Kranken-, Pflegepflichtversicherung

Vermittler-Nummer

1. Antragsteller

ANR

1 = Herr
2 = Frau

Name, Vorname

Versicherungs-Nummer

Geburtsdatum (wenn nicht versicherte Person)

Familienstand

Steuer-ID

Adressergänzung

Private Telefon-Nr. mit Vorwahl[1]

Straße und Haus-Nr.

Nat.

PLZ

Ort

Staatsangehörigkeit (wenn nicht versicherte Person)

E-Mail Adresse[1]

Ausgeübter Beruf/Tätigkeit (wenn nicht versicherte Person)

[1] Freiwillige Angaben.

2. Zu versichernde Personen

Ich beantrage den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages mit/ohne Pflegepflichtversicherung für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen bei der Süddeutschen Krankenversicherung a.G..

	Person 1	Person 2	Person 3
Versicherungsbeginn (Änderungstermin)	01	01	01
Vorname (und Nachname, wenn anders als beim Antragsteller)			
Familienstand	verheiratet ☐ ja ☐ nein	verheiratet ☐ ja ☐ nein	verheiratet ☐ ja ☐ nein
Geburtsdatum/Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich
Steuer-ID (wenn nicht Antragsteller)			
Staatsangehörigkeit			
Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			
Berufsstellung	☐ Arbeitnehmer/in ☐ Selbstständige/r ☐ Beamte/r ☐ Student/in ☐ Schüler/in ☐ Auszubildende/r ☐ Kind ☐ nicht erwerbstätig	☐ Arbeitnehmer/in ☐ Selbstständige/r ☐ Beamte/r ☐ Student/in ☐ Schüler/in ☐ Auszubildende/r ☐ Kind ☐ nicht erwerbstätig	☐ Arbeitnehmer/in ☐ Selbstständige/r ☐ Beamte/r ☐ Student/in ☐ Schüler/in ☐ Auszubildende/r ☐ Kind ☐ nicht erwerbstätig
Beihilfe	☐ beamtet ☐ angestellt _____ %	☐ beamtet ☐ angestellt _____ %	☐ beamtet ☐ angestellt _____ %
Bund/Land			
Voraussichtliches Ausbildungsende (Beamtenanwärter, Studenten)			

Bei Abschluss PZ/PZM:

Geburtsname

Geburtsort

Sozialversicherungs-/Rentenversicherungs-Nr.

Sofern die versicherte Person vom Antragsteller abweicht:
Es wird bestätigt, dass es sich bei der zu versichernden Person um einen nahen Angehörigen im Sinne §7 Pflegezeitgesetz bzw. §15 Abgabenordnung handelt.

Bitte ankreuzen falls nicht zutreffend:

☐ Nein, bei der zu versichernden Person handelt es sich nicht um einen nahen Angehörigen. In diesem Fall ist der Abschluss eines Vertrags nicht möglich.

3. Art und Umfang der Versicherung

Person 1

Ambulant	Stationär	Vorsorgebeitrag	Pflegepflicht	Freie Tarifwahl / Beihilfetarife
ohne Selbstbeteiligung (AM10) ☐	Einbett/Chefarzt (S1) ☐	gesetzlicher Vorsorgebeitrag (VT) ☐	Pflegepflicht (PPN) ☐	
Selbstbeteiligung 10 % max. 240 € (AM11) ☐	Einbett/Chefarzt Dread-Disease (S1DD) ☐	**Krankentagegeld**	Pflegepflicht Beihilfe (PPB) ☐	
Selbstbeteiligung 20 % max. 480 € (AM12) ☐	Mehrbett (S3) ☐	Tagegeld 2. Woche (TA2) _____ € ☐	**Sonstige**	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM13) ☐	**Zahn**	Tagegeld 4. Woche (TA4) _____ € ☐	Beitragssenkung im Alter (BE) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 480 € (AM30) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 90 % (Z9) ☐	Tagegeld 6. Woche (TA6) _____ € ☐	KH-Tagegeld ab 1. Tag (10) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM31) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 80 % (Z8) ☐	Tagegeld 13. Woche (TA13) _____ € ☐	Naturheilverfahren (NH) ☐	
Selbstbeteiligung 1.440 € (AM32) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 60 % (Z6) ☐	Tagegeld 26. Woche (TA26) _____ € ☐	Vorsorge (VP) ☐	
Selbstbeteiligung 2.400 € (AM33) ☐	Selbstbeteiligung 480 € (Z6SB) ☐	Tagegeld 52. Woche (TA52) _____ € ☐		

Beitrag Person 1 _____ €

Person 2

Ambulant	Stationär	Vorsorgebeitrag	Pflegepflicht	Freie Tarifwahl / Beihilfetarife
ohne Selbstbeteiligung (AM10) ☐	Einbett/Chefarzt (S1) ☐	gesetzlicher Vorsorgebeitrag (VT) ☐	Pflegepflicht (PPN) ☐	
Selbstbeteiligung 10 % max. 240 € (AM11) ☐	Einbett/Chefarzt Dread-Disease (S1DD) ☐	**Krankentagegeld**	Pflegepflicht Beihilfe (PPB) ☐	
Selbstbeteiligung 20 % max. 480 € (AM12) ☐	Mehrbett (S3) ☐	Tagegeld 2. Woche (TA2) _____ € ☐	**Sonstige**	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM13) ☐	**Zahn**	Tagegeld 4. Woche (TA4) _____ € ☐	Beitragssenkung im Alter (BE) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 480 € (AM30) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 90 % (Z9) ☐	Tagegeld 6. Woche (TA6) _____ € ☐	KH-Tagegeld ab 1. Tag (10) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM31) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 80 % (Z8) ☐	Tagegeld 13. Woche (TA13) _____ € ☐	Naturheilverfahren (NH) ☐	
Selbstbeteiligung 1.440 € (AM32) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 60 % (Z6) ☐	Tagegeld 26. Woche (TA26) _____ € ☐	Vorsorge (VP) ☐	
Selbstbeteiligung 2.400 € (AM33) ☐	Selbstbeteiligung 480 € (Z6SB) ☐	Tagegeld 52. Woche (TA52) _____ € ☐		

Beitrag Person 2 _____ €

Person 3

Ambulant	Stationär	Vorsorgebeitrag	Pflegepflicht	Freie Tarifwahl / Beihilfetarife
ohne Selbstbeteiligung (AM10) ☐	Einbett/Chefarzt (S1) ☐	gesetzlicher Vorsorgebeitrag (VT) ☐	Pflegepflicht (PPN) ☐	
Selbstbeteiligung 10 % max. 240 € (AM11) ☐	Einbett/Chefarzt Dread-Disease (S1DD) ☐	**Krankentagegeld**	Pflegepflicht Beihilfe (PPB) ☐	
Selbstbeteiligung 20 % max. 480 € (AM12) ☐	Mehrbett (S3) ☐	Tagegeld 2. Woche (TA2) _____ € ☐	**Sonstige**	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM13) ☐	**Zahn**	Tagegeld 4. Woche (TA4) _____ € ☐	Beitragssenkung im Alter (BE) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 480 € (AM30) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 90 % (Z9) ☐	Tagegeld 6. Woche (TA6) _____ € ☐	KH-Tagegeld ab 1. Tag (10) _____ € ☐	
Selbstbeteiligung 30 % max. 960 € (AM31) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 80 % (Z8) ☐	Tagegeld 13. Woche (TA13) _____ € ☐	Naturheilverfahren (NH) ☐	
Selbstbeteiligung 1.440 € (AM32) ☐	Zahnbeh. 100 %, Zahnersatz 60 % (Z6) ☐	Tagegeld 26. Woche (TA26) _____ € ☐	Vorsorge (VP) ☐	
Selbstbeteiligung 2.400 € (AM33) ☐	Selbstbeteiligung 480 € (Z6SB) ☐	Tagegeld 52. Woche (TA52) _____ € ☐		

Beitrag Person 3 _____ €

Alternativ kann auch der vom Kunden unterschriebene Angebotsausdruck dem Antrag beigefügt werden.

☐ Tarife und Beiträge gemäß beigefügtem Angebotsausdruck

Gesamtbeitrag _____ €

4. GESUNDHEITSVERHÄLTNISSE

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf alle Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung entnehmen Sie bitte den „Wichtigen Informationen für den Antragsteller", die Sie am Ende des Antrags finden.

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

Folgende Erkrankungen und Untersuchungen müssen Sie nicht angeben, wenn sie vollständig und folgenlos ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind: Akute Erkältungskrankheiten, Grippe, Impfungen, Insektenstiche (nicht allergisch), entfernte Leberflecke (gutartig), Magen-Darm-Grippe, Magen-/Darm-Infekte, Nasenpolypen operiert, Schwangerschaft und Entbindung, Vorsorge- und Routineuntersuchungen ohne Befund (Sofern ein Befund erhoben, ist dieser im Antwortteil anzugeben; Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen sind anzugeben), oberflächliche Verletzung (Bluterguss, Prellung, Schnitt- und Platzwunde), Verrenkung, Verstauchung, Zerrung. Hormonale Kontrazeption, z.B. Antibabypille, die ausschließlich zur Empfängnisverhütung verwendet wird, muss ebenfalls nicht angegeben werden.

		Person 01		Person 02		Person 03	
Körpergröße / Gewicht	**Körpergröße cm**						
	Körpergewicht kg						
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Fanden in den letzten 5 Jahren Beobachtungen, Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium, einer Reha- oder Kurklinik statt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren ambulante Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen und Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen) durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden oder sonstigen Therapeuten durchgeführt und/oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen statt?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen (z. B. Anpassungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression) ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt oder sind psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bestehen chronische Krankheiten (z.B. Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Allergien, organische/körperliche Fehler (z. B. fehlende Organe, fehlende Gliedmaßen, Schwerhörigkeit), Körperimplantate/Prothesen (z. B. Kniegelenkersatz, Brustimplantate), andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schwindel, Bewegungseinschränkungen), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wird eine Sehhilfe getragen oder ist diese notwendig oder angeraten? Bei „ja" bitte jeweilige Dioptrienanzahl im Antwortteil angeben.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Suchterkrankung (z. B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit) oder Essstörung?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Finden oder fanden in den letzten 10 Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch statt oder besteht Sterilität?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bestand in den letzten 5 Jahren eine anerkannte Behinderung, Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit? Bei „ja" bitte Kopie des entsprechenden Bescheides beifügen.		☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bestanden in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Wochen zusammenhängend Arbeitsunfähigkeiten?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig oder wiederholt Medikamente eingenommen, angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalation, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel konsumiert?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Wurde eine HIV-Infektion oder Hepatitis festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ist Zahnersatz, Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung, Zahn- oder Kieferregulierung, Zahn- oder Kieferoperation, Austausch von Amalgamfüllungen notwendig, vorgesehen oder angeraten?		☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Fehlen Zähne – außer den Weisheits- und Milchzähnen sowie Lückenschlüsse – die noch nicht ersetzt sind?*) (Bei „ja" bitte Anzahl angeben.) Diese Gesundheitsfrage ist für Kinder ab 10 Jahren zu beantworten.		Anzahl ☐	☐	Anzahl ☐	☐	Anzahl ☐	☐
16. Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte Datum angeben. **) Diese Gesundheitsfrage ist für Kinder ab 6 Jahre zu beantworten.							

* Bei bis zu 3 fehlenden nicht ersetzten Zähnen ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) erforderlich. Fehlen mehr als 3 Zähne, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht (1.009) erforderlich.

** Liegt der letzte Zahnarztbesuch länger als 24 Monate zurück, ist die Vereinbarung einer Zahnstaffel (1.007) oder ein aktueller zahnärztlicher Befund (1.009) erforderlich.

Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die genetische Untersuchung wird nach prädiktiver und diagnostischer Untersuchung unterschieden. Der Befund einer prädiktiven genetischen Untersuchung bleibt bei der versicherungsmedizinischen Prüfung gemäß § 18 GenDG unberücksichtigt. Erfolgte die genetische Untersuchung diagnostisch, berücksichtigen wir den Befund bei der versicherungsmedizinischen Prüfung als Vorerkrankung.
(Vor-) Erkrankungen, die im Rahmen einer durchgeführten genetischen Untersuchung (diagnostisch oder prädiktiv) festgestellt wurden, sind gem. §§ 19-22 VVG anzugeben.

ANTWORTTEIL

☐ Gilt nur für Änderungen bestehender Tarife oder Hinzuversicherung neuer Tarife in der Krankheitskostenvollversicherung: Die Fragen 1-17 habe ich vollständig beantwortet. Alle dort angegebenen Gesundheitsverhältnisse sind der SDK durch Rechnungsvorlage bekannt.

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

Mit folgendem Risikozuschlag (RZ) bin ich einverstanden

	RZ für Person	RZ auf Tarif	RZ in %	RZ wegen Diagnose
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3			
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3			

Die Zahlung des Beitragszuschlags erfolgt auf die jeweils gültige monatliche Beitragsrate.

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert und bei welchem Zahnarzt fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte vollständigen Namen und Adresse angeben.

Person 1	Arzt:		☐ keiner vorhanden
	Zahnarzt:		☐ keiner vorhanden
Person 2	Arzt:		☐ keiner vorhanden
	Zahnarzt:		☐ keiner vorhanden
Person 3	Arzt:		☐ keiner vorhanden
	Zahnarzt:		☐ keiner vorhanden

5. Angaben zur Tätigkeit – Bitte unbedingt bei Beantragung einer Krankheitskosten-Vollversicherung ausfüllen

Selbstständige

Art des Gewerbes

Gewerbeanschrift

Gewerbe angemeldet seit

Beginn der Selbstständigkeit

Anzahl festangestellter Mitarbeiter

Jahresnettoeinkommen[3]

Überwiegende Tätigkeit: ☐ Leitend ☐ Aufsichtsführend ☐ Mitarbeitend

Angestellte

Jahresnettoeinkommen

Es besteht die gesetzliche Lohnfortzahlung von 6 Wochen. Im Falle einer längeren Lohnfortzahlung bitte hier die Anzahl der Wochen eintragen: Wochen

[3] Definition siehe „Weitere Erläuterungen und Erklärungen“, Seite 7

6. Weitere Versicherungen

Besteht für den Antragsteller oder die zu versichernden Personen bei einem Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand? ☐ **ja** ☐ **nein**

Wurde eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem Versicherer abgelehnt? ☐ **ja** ☐ **nein**

Wenn ja, Grund der Ablehnung

Besteht oder bestand oder ist beantragt eine		Name (Pers.-Nr.)	Gesellschaft/ Kasse/SDK	von – bis	Höhe des Krankentagegeldes EUR	Höhe des Krankenhaustagegeldes EUR	gekündigt durch:
Private Krankenvollversicherung	☐ ja ☐ nein						☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherer ☐ ungekündigt
Gesetzliche Krankenversicherung ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert ☐ freiwillig versichert	☐ ja ☐ nein						
Private Krankenzusatzversicherung	☐ ja ☐ nein						☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherer ☐ ungekündigt
Art der Versicherung							

7. Wartezeiterlass

Für die beantragte Krankheitskosten-Vollversicherung und die mit beantragten Tarife der Krankenversicherung bestehen keine Wartezeiten!

Sofern Sie die Anrechnung der Vorversicherung in der gesetzlichen/privaten Pflegepflichtversicherung auf die Wartezeiten gewünscht wird, ist ein Nachweis einzureichen.

8. Pflegepflichtversicherung (PPV)

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:
Das monatliche Gesamteinkommen[3] des Kindes liegt regelmäßig unter 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (485 EUR im Jahr 2023, voraussichtlich 505 EUR in 2024) bzw. bei einer geringfügigen Beschäftigung des Kindes nicht über der Geringfügigkeitsgrenze (520 EUR im Jahr 2023, 538 EUR im Jahr 2024) **und** die Voraussetzungen (siehe Seite 7) sind erfüllt.

Person 1	Person 2	Person 3
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Folgender Elternteil ist in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert (bitte aktuellen Nachweis einreichen):

Name, Vorname des Elternteils	pflegepflichtversichert bei

[3] Definition siehe „Weitere Erläuterungen und Erklärungen“, Seite 7

9. Beitragszahlung

Bei Vertragsänderung gilt: Die Beitragszahlung erfolgt wie bereits vereinbart.

Zahlungsweise
☐ monatlich ☐ jährlich (z. Z. 1% Skonto)

Bescheinigungen
☐ Arbeitgeber ☐ Beihilfe

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat (1.699) auf Seite 6 aus , wenn die Beiträge abgebucht werden sollen.

10. Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Ich willige jederzeit für die Zukunft widerrufbar ein, dass das zuständige Unternehmen der SDK-Versicherungsgruppe zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Versicherungsverhältnisses und bei Bedarf im Einzelfall im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung, zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung, Informationen aus dem Datenkatalog der Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzverzeichnisdaten über mein allgemeines Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt.
Ich entbinde aus diesem Grund im Hinblick auf meine nach § 203 StGB geschützten Daten die für das zuständige Unternehmen der SDK-Versicherungsgruppe tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

11. Einwilligung zur Produktinformation

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

12. Wichtige Erklärungen für die Beantragung von Tarif PZ/PZM

Ich erkläre, dass ich
– in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert bin und
– derzeit keine Leistungen beziehe, die mir auf Grund meines körperlichen oder mentalen Zustandes aus Mitteln der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung geleistet werden.
Ich habe derartige Leistungen auch in der Vergangenheit nicht bezogen. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil ich vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, erhalte oder erhalten habe.
– das 18. Lebensjahr vollendet habe.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

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

Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

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

[1] SDK Versicherungsgruppe (Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Ideal Lebensversicherung a.G., mhplus Betriebskrankenkasse, Stuttgarter Lebensversicherung a.G., gesundwerker eG

13. Einwilligung zur Produktinformation per Telefon bzw. per E-Mail bzw. per Social Media

☐ Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Makler oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK Versicherungsgruppe sowie zum Angebot von kooperierenden Vertriebspartnern1, per Telefon, E-Mail oder Social Media, informiert zu werden. Hierzu willige ich ein, dass der für die Betreuung meines Vertrages zuständige Makler sowie die von meinem Versicherer beauftragten Unternehmen über diesen Versicherungsvertrag in Kenntnis gesetzt werden und entbinde die Mitarbeiter der SDK insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Einwilligung kann ich jederzeit – ohne Einfluss auf das Vertragsverhältnis – mit Wirkung für die Zukunft telefonisch, schriftlich oder per E-Mail an sdk@sdk.de widerrufen. Die Informationen zum Datenschutz und Datensicherheit habe ich zur Kenntnis genommen.

[1] SDK Versicherungsgruppe (Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Ideal Lebensversicherung a.G., mhplus Betriebskrankenkasse, Stuttgarter Lebensversicherung a.G., gesundwerker eG

14. Schlusserklärung/Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Die gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung (siehe Ende des Antrags) habe ich vor Beantwortung der Gesundheitsfragen zur Kenntnis genommen.
Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag in der Krankenversicherung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann. Nähere Einzelheiten zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

1 Bitte prüfen Sie Ihre Angaben im Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die weiteren Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite dieses zweiten Antragsteils.

X _____ X _____ _____

Datum | Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers und der zu versichernden Person | Unterschrift des Vermittlers

15. Empfangsbestätigung

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

- Widerrufsbelehrung (0.157a)
- Gesonderte Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) für die beantragten Versicherungen
- Verbraucherinformationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG
- Informationsblatt zum Datenschutz
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Antragskopie

2

X _____ X _____

Datum | Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Empfänger
Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach

Gläubiger-ID
DE62SDK00000062000

Mandatsreferenznummer
wird nachträglich mitgeteilt

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

Bankname

IBAN | BIC

Name und Anschrift des Zahlers:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort

Hinweise:

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

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

X _____ X _____

Ort, Datum | Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler

1.699/01.23

1.005r/01.24

Weitere Hinweise und Erklärungen

Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung
Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie
a) nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
b) nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind.
e) nicht über ein Gesamteinkommen verfügen, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2023: 485 EUR, 2024 voraussichtlich 505 EUR) überschreitet bzw. bei einer geringfügigen Beschäftigung des Kindes nicht über der Geringfügigkeitsgrenze (520 EUR im Jahr 2023, 538 EUR im Jahr 2024) liegt.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten.
Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach §58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienstegesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetz; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI oder § 20 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen war.

Das Gesamteinkommen im Sinne der Pflegepflichtversicherung
Als Gesamteinkommen gilt danach die Summe aller Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. An andere steuerrechtliche Begriffe, wie beispielsweise an den Gesamtbetrag der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 3 EStG, an das Einkommen im Sinne des § 2 Abs. 4 EStG oder an das zu versteuernde Einkommen im Sinne des § 2 Abs. 5 EStG, kann nicht angeknüpft werden.

Abzugsfähig sind bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit die Werbungskosten, bei Einkünften aus Kapitalvermögen die Werbungskosten sowie der Sparer-Freibetrag, bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sämtliche mit der Vermietung und Verpachtung verbundenen Aufwendungen. Bei Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit gilt als Gesamteinkommen der steuerrechtliche Gewinn.
Nicht zum Gesamteinkommen zählen die von der Steuer befreiten Einkommen wie z.B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Sozialhilfe, Bafög, Eigenheimzulage, die meisten Unterhaltszahlungen sowie Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, die auf Kindererziehungszeiten entfallen. Einkünfte unterschiedlicher Einkunftsarten sind zu summieren. Negative Einkünfte können nur teilweise in Abzug gebracht werden.

Ermittlung des Krankentagegeldbedarfs
Als Grundlage für die Ermittlung des Krankentagegeldbedarfs gilt bei:
– Arbeitnehmern:
Das Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Antragstellung zuzüglich der vollen Beiträge für die Kranken-, Pflegepflicht- und Rentenversicherung. Beiträge zu einer betrieblichen Altersvorsorge können auch berücksichtigt werden.
– Selbstständigen/Freiberuflern:
Die Betriebseinnahmen (aus Betrieb oder Praxis) abzüglich der Betriebsausgaben und Steuern.

Zustandekommen des Vertrages bei Antragstellung

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

Informationen zur Vertragsdauer
In der Krankenversicherung wird der Vertrag für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen und verlängert sich stillschweigend um 1 Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.. Die Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

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

Versicherungsbedingungen
In der Krankenversicherung werden folgende Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Bestandteil des Vertrages, soweit sie auf den beantragten Versicherungsschutz zutreffen.

AVB für die Krankheitskosten-Vollversicherung, AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung einschließlich Tarifbeschreibungen, AVB für die Krankentagegeldversicherung, AVB TG6, AVB für die ergänzende Pflegekrankengeldversicherung, AVB für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, AVB für den Standardtarif, AVB für die Auslandsversicherung.

In der Pflegepflichtversicherung werden die AVB für die private Pflegepflichtversicherung Bestandteil des Vertrages.

Versicherungsscheine
Für die rechtlich selbstständige Pflegepflichtversicherung ist im Versicherungsschein der Krankenversicherung aufgeführt.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des §7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des §15 der Abgabenordnung:
1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Verlobte, Ehegatten[1], Lebenspartner[1], Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister[2],
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie[1,2],
5. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister[1,2],
6. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner[1,2],
7. Kinder der Geschwister[2],
8. Geschwister der Eltern[2],
9. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder)[3].

[1] auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht
[2] auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist
[3] auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

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

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

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

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SDK (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die SDK

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit sie erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Möglichkeit I: **Person 1** ☐ **Person 2** ☐ **Person 3** ☐

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

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

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

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

Möglichkeit II: **Person 1** ☐ **Person 2** ☐ **Person 3** ☐

Ich wünsche, dass mich die SDK in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die SDK einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SDK einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

0.027p/11.22

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die SDK konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: **Person 1** ☐ **Person 2** ☐ **Person 3** ☐

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

Möglichkeit II: **Person 1** ☐ **Person 2** ☐ **Person 3** ☐

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SDK

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SDK zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SDK tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.sdk.de eingesehen oder bei dem/der Datenschutzbeauftragten der SDK, Raiffeisenplatz 11 in 70736 Fellbach, Telefon: 0711 7372-7777 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SDK und/oder SDA dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SDK-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die SDK und/oder SDA tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Gilt für Verträge mit der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK):

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

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

4 Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Seiten 1–13 des Antrages richtig und vollständig ausgefüllt, ausgedruckt und mir ausgehändigt wurden.

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

Nur auszufüllen bei Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren:

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

Hinweise zur Unterzeichnung der Erklärung:

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

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

0.027p/11.22

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Stand: 01.11.2023

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

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

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

Kontakt aller Gesellschaften:

Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach
Telefon: 0711/7372-7777
Fax: 0711/7372-7788
E-Mail: sdk@sdk.de

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben wir uns auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.sdk.de abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

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

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SDK-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

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

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

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

Adressermittler (Adressabgleich/-prüfung/-anreicherung), ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Venloer Str. 301–303, 50823 Köln (Kundenumfragen, Unternehmensrating), Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Gesundheitsdienstleistungen, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Call Center (Terminvereinbarungen, Telefoniedienstleistungen), Compagnon Marktforschungsinstitut GmbH & Co. KG, Nöllenstr. 11, 70195 Stuttgart (Kundenumfragen), Detekteien (Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht),

Deutsche Post E-Post Solutions GmbH, Moltkestr. 14, 53173 Bonn (Input-Management, Datenerfassung), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung), Atruvia AG, Fiduciastr. 20, 76227 Karlsruhe (Datenkommunikation zwischen Genossenschaftsbanken und Süddeutsche Krankenversicherung a. G. und Auslandszahlungen), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), IT-Dienstleister (Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand“), PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versichertenkarte), puls Marktforschung GmbH, Röthenbacher Str. 2, 90571 Schwaig (Kundenumfragen), Regionaldirektoren der SDK-Unternehmen (Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts), Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach (Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung für die Süddeutsche Lebensversicherung a. G. und die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.), Süddeutsche Lebensversicherung a. G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Krankenversicherung a. G.), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

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

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

Sie können unter den o.g. Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen. Eine erteilte Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Widerspruchsrecht

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

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen und ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen entstehen. Der Widerspruch ist zu richten an vertrag@sdk.de.

Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Bonitätsauskünfte

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

Datenübermittlung in ein Drittland

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

Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling

Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. entscheidet auf Grundlage Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Ihrer Antragstellung (zum einen bei der Nutzung der digitalen Antragsstrecke/ Online-Abschlussstrecke als auch bei der klassischen/herkömmliche Antragsstellung) befragen, gegebenenfalls vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten (wie Krankenhäusern, Ärzten) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir ggf. auch vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen werden auf Grundlage von vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen von der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. getroffen.

In der Krankenversicherung können Anträge unter bestimmten Bedingungen direkt verarbeitet bzw. angenommen werden. Demzufolge wird der Antrag maschinell verarbeitet, ohne dass ein Sachbearbeiter eine Prüfung vornimmt. Dieser Sachverhalt wird als Direktpolicierung bezeichnet. Im Rahmen der Direktpolicierung wird keine Ablehnung von Anträgen vorgenommen. Die Entscheidung, ob der Antrag direkt verarbeitet und policiert werden kann, wird automatisiert getroffen. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“).

Die Leistungsbearbeitung in der Krankenversicherung findet zum Teil vollmaschinell statt. Die maschinelle Bearbeitung der dazu selektierten Leistungsaufträge unterscheidet sich grundsätzlich nicht von derjenigen der menschlichen Kollegen. Es wird ausschließlich eine 100% tarifliche Leistung erstattet und es findet keine verminderte Leistung oder Ablehnung des Leistungsauftrags statt. Sollte sich eine Leistungsminderung ergeben, wird der Fall automatisch einer manuellen Weiterbearbeitung zugeführt. Ausschließlich die Fälle, die keine spezielle manuelle Bearbeitung benötigen, werden maschinell freigegeben. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“).

Im Rahmen der automatisierten Einzelfallentscheidung bei der Online Abschlussstrecke der Zahnzusatzversicherung und der Auslandsreiseversicherung verwendet die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. für die Risikoprüfung ein System zur Prüfung und Bewertung von Vorerkrankungen des Antragsstellers.

Für alle hier aufgeführten, automatisierten Entscheidungen können folgende Daten herangezogen werden:

- Allgemeine Daten (z. B. Eingangsdatum, Antragsdatum, Antragsart
- Personenbezogene Daten (z. B. Geburtsdatum, Adresse)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife, Summen zu Tarifen, Tarifkombinationen, Umschreibungsarten, Anlagen vorhanden)
- Belegbezogene Daten (z. B. Behandlungsdatum, Rechnungsbetrag)
- Gesundheitsdaten (Angaben zu den jeweiligen Gesundheitsfragen im Antrag)

Unsere Entscheidungen sind auf ein statistisches Datenmodell gestützt, das kontinuierlich weiterentwickelt wird und die Grundlage unserer Risikoprüfung bildet. Automatisierte Entscheidungen über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen beruhen auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfanges Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

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

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Vorstand der Süddeutsche Krankenversicherung a.G. bzw. Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G. in Textform nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG erfüllt, handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es kann damit zu einem rückwirkenden Verlust des Versicherungsschutzes kommen, wenn die Vertragsanpassung als rückwirkende Einführung eines Risikoausschlusses erfolgt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren 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.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 11 · 70736 Fellbach
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

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

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277
Vorstand: Dr. Ulrich Mitzlaff (Sprecher des Vorstands), Olaf Engemann,
Ralf Oestereich, Dr. Gerd Sautter
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher

Steuer-Nr.: 90495/35841