



Antrag auf Krankenvollversicherung/Pflegeversicherung

Wichtige Hinweise zu Ihrem Krankenversicherungsantrag:

1. Was sollten Sie beim Wechsel einer privaten Krankenversicherung beachten?

Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.

Müssen nach der Prüfung der Antragsangaben vom Antrag abweichende Vertragsbedingungen (Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden, erhalten Sie von uns ein Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie dieses Angebot annehmen.

Der Vertrag kommt erst mit Annahme des Antrags durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung zustande.

2. Was unterscheidet einen Probeantrag vom Antrag?

Wenn Sie als Antragsteller aufgrund Ihrer Gesundheitsverhältnisse eine erhöhte Risikoeinschätzung durch den Versicherer befürchten müssen, haben Sie die Möglichkeit, einen Probeantrag zu stellen. Dies verpflichtet Sie zu nichts. Sind Sie mit den angebotenen Konditionen einverstanden, müssen Sie einen Antrag stellen bzw. schriftlich erklären, dass Ihr Probeantrag als Antrag verstanden werden soll.

3. Wie wichtig sind vollständige Antragsangaben?

Bitte nehmen Sie die Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen – auch bei einem Probeantrag – sehr ernst. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Gesundheitsangaben vollständig sind, befragen Sie Ihren Arzt. Unvollständige oder falsche Angaben zu Gesundheitsfragen können dazu führen, dass Sie den neuen Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Bitte achten Sie darauf, dass alle Gesundheitsangaben, die Sie dem Versicherungsvermittler gegenüber mündlich gemacht haben, auch schriftlich festgehalten sind – sonst ist Ihr Versicherungsschutz in Gefahr! Unsere Risikoprüfung erfolgt grundsätzlich unabhängig von der Durchführung prädiktiver Gentests. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateri als eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Geben Sie das Ergebnis prädiktiver Gentests nicht im Antrag an.

4. Was ist bei der Tarifauswahl und späteren Erweiterungen des Versicherungsschutzes zu beachten?

Bitte beachten Sie bei der Tarifauswahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.

5. Werden Schwangere versichert und was bedeutet das für die Nachversicherung von Kindern?

Nach dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz versichern wir natürlich auch Schwangere.

Ist ein Elternteil zum Geburtstermin mindestens seit 3 Monaten bei uns versichert und die Anmeldung des Kindes erfolgt innerhalb von 2 Monaten, so versichern wir Ihr Kind rückwirkend zum Geburtstag. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Andernfalls machen wir die Aufnahme des Neugeborenen von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Sofern in Ihrem Vertrag Wartezeiten zu beachten sind, gilt für die Entbindung eine Wartezeit von acht Monaten (vgl. § 3 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB)). Im Übrigen bitten wir bei Beantragung von Zusatzversicherungen § 2 der AVB zu beachten. So übernehmen wir keine Leistungen für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Es empfiehlt sich daher, möglichst vor einer Schwangerschaft einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen.





☐ **Neuantrag**
☐ **Änderungsantrag**

VM-Nummer/GS-Nummer	☐ EVM ☐ TIN
VM-Nummer/GS-Nummer	☐ TIG

Eingangsstempel GS/VM
Orga-Nr./Kurzzeichen:

1. Antragsteller/in ☐ Frau ☐ Herr Bitte nur den Namen einer Person eintragen und in Druckbuchstaben ausfüllen. Versicherungsnehmer muss mindestens 18 Jahre alt sein. Bundeswehr- und Bundespolizei-Angehörige bitte Heimatanschrift angeben.

Name, Vorname:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon privat*:	
beruflich*:	Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten wie folgt*:
	Uhrzeit von – bis (Bitte wochentags zwischen 8.00 und 19.30 Uhr)
E-Mail privat*:	
Geburtsdatum:	

*freiwillige Angabe

**Versicherungs-/
Änderungsbeginn:**

Tag	Monat	Jahr
0 1		

Versicherungsscheinnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sind oder waren Sie bereits bei der HUK-COBURG versichert?

☐ nein ☐ ja Vers.-Nr.:

Zahlungsweise monatlich, soweit nichts Abweichendes vereinbart wird:

☐ halbjährlich ☐ jährlich

Bitte beachten: Es werden keine Rechnungen erstellt.

Lastschriftinzug

KP11001
Stand: 03.20

Beitragszahlung mittels Lastschrift ☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, reichen Sie bitte das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat (für die Kranken- und/oder Pflege-Pflichtversicherung) mit Unterschrift des Kontoinhabers und den Antrag gemeinsam ein. Nur so können wir für Sie die Beiträge einziehen. Falls uns das Mandat nicht spätestens mit dem Antrag zugeht, stellen wir die Beitragszahlung auf Überweisung um.

2. Zu versichernde Person ☐ Frau ☐ Herr Bei mehr als einer Person bitte ein zusätzliches Antragsformular verwenden.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Familienstand*:	
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet	
Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten wie folgt*:	
	Uhrzeit von – bis (Bitte wochentags zwischen 8.00 und 19.30 Uhr)

Berufsangaben:

☐ Angestellte/r im öffentlichen Dienst	
☐ Angestellte/r, Beruf:	Arbeitgeber*:
☐ Selbstständige/r, Freiberufler/in seit:	
Tätigkeit/Branche:	
☐ Beamter/Beamtin/Beihilfenvorschrift**:	
☐ Anwärter/Anwärterin/Beihilfenvorschrift**:	
voraussichtliches Ausbildungsende:	
☐ Zeitsoldat: von	bis
☐ Sonstige, Beruf:	
☐ nicht berufstätig, Hausfrau/-mann	

**Beispiel: Bund, Hessen etc.

3.a) Gewünschte Tarife

Angaben in €

Bitte bei Tarifen für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung den gewünschten Tagessatz, bei Pflege-Zusatzversicherung das gewünschte Monatsgeld nennen.

Wünschen Sie eine Beitragsermäßigung im Alter, geben Sie uns bitte an, mit welchem Eintrittsalter die Ermäßigung beginnen soll und welcher Ermäßigungssatz in € gewünscht wird.

Für staatlich geförderte Produkte verwenden Sie bitte den entsprechenden Antrag.

Voraussetzung für den Tarif PflegeAss ist der gleichzeitige Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG.

Tarif/ Tagessatz/Beitragsermäßigung
(mit Altersangaben)

Tarifbeitrag

Monatsgeld
ambulant

Pflegegrad

1
2
3
4
5

Monatsgeld
stationär

☐ **Optionale Leistungen gewünscht** (Beitragsunterstützung im Pflegefall und Einmalzahlung)

3.b) Zusatzfragen zur Krankentagegeldversicherung

Bitte bei jeder Krankentagegeldversicherung ausfüllen!

Geben Sie uns bitte 1/12 Ihres **Jahresbruttoeinkommens/-gewinns** an. Für Arbeitnehmer: Berücksichtigen Sie auch Sonderzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

Für die Berechnung des Tagessatzes im Krankentagegeld beachten Sie bitte die Hinweise unter 6.3.

Bruttoeinkommen

--	--	--	--	--	--

Dauer der Lohn-/Gehaltsfortzahlung

--	--	--	--	--	--

3.c) Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

Gern prüfen wir, ob wir Ihnen Beitragsvergünstigungen in der Pflegeversicherung einräumen können. Bitte reichen Sie uns nach Vertragsschluss einen Nachweis über **Beginn und Ende**

Ihrer **privaten** Pflegeversicherung ein. Sollten Sie die Pflege-Pflichtversicherung bei uns nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit und senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis.

Hinweis: Die Fragen zur Pflegeversicherung bitte auch beantworten, wenn der Ehe-/eingetragene Lebenspartner nicht mitversichert wird.

Erstmaliger Beginn einer **privaten** Pflege-Pflichtversicherung

Monat	Jahr

Wichtig zur Beitragseinstufung!

Name des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners

pflegeversichert bei

Monat	Jahr

seit

--	--	--	--

Liegt das monatliche Gesamteinkommen Ihres Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bzw. Ihr monatliches Gesamteinkommen **über 455 €** bzw. über 450 € bei geringfügiger Beschäftigung (Minijob) bzw. zusammen genommen über 455 €? (siehe auch Ausführungen unter 6.2)

Antragsteller: ☐ nein ☐ ja
Ehegatte/Lebenspartner: ☐ nein ☐ ja

Für mitversicherte Kinder bitte beantworten! Sind bei dem Kind die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit erfüllt (siehe dazu auch 6.2) und liegt das monatliche Gesamteinkommen des Kindes **unter 455 €** bzw. unter 450 € bei geringfügiger Beschäftigung (Minijob) bzw. zusammen genommen unter 455 €? (siehe auch Ausführungen unter 6.2)

Kind: ☐ nein ☐ ja

4. Angaben zur Krankheitskosten- und/oder Krankentagegeldversicherung bzw. Pflege-Zusatzversicherung (gesetzlich/privat/Freie Heilfürsorge)

Bei einem Übertritt von einer anderen privaten Krankenversicherung ist die **Mitgabe von Alterungsrückstellungen** möglich. Bitte beachten Sie hierzu Ziffer 4 der Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite.

Name des bisherigen (bei Zusatztarifen des bestehenden) Krankenversicherers

Beginn

voraussichtliches Ende

Bestehen anderweitig Krankheitskosten- und/oder Krankentagegeldversicherungen bzw. Pflege-Zusatzversicherungen oder werden solche derzeit beantragt (auch Probeantrag)?

☐ nein ☐ ja

Wo?

Welche?

Wann beantragt?

--	--	--	--	--	--

Für die Krankheitskostenvollversicherung: Es bestehen keine Wartezeiten.

Für die Zusatzversicherung: Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. Näheres regeln die jeweiligen Musterbedingungen. Für die Tarife PMvario und PflegeAss bestehen keine Wartezeiten. Werden ein Krankentagegeld oder Beihilfeergänzungstarife gleichzeitig mit einer Vollversicherung beantragt, entfallen für diese Zusatztarife ebenfalls die Wartezeiten. Bei einem Krankentagegeld können in diesem Fall bei einem unmittelbaren Wechsel von einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung die dort zurückgelegten Versicherungszeiten auf die Wartezeiten angerechnet werden.

5. Gesundheitsangaben Als Hilfestellung beachten Sie bitte die nebenstehenden Erläuterungen! Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte die Ergänzungen auf einem unterschriebenen Zusatzblatt vor. Zusatzblatt benutzt? ☐ ja (wird Bestandteil des Antrags)

Beantworten Sie bitte die folgenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und ohne etwas zu verschweigen. Kommen Sie dem schuldhaft nicht nach, können wir – je nach Grad des Verschuldens – vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder ihn inhaltlich durch Leistungsausschlüsse oder Prämienerrhöhungen anpassen. Für bereits eingetretene Versicherungsfälle wird dann ggf. nicht geleistet. Unvollständige oder falsche Angaben zu den Gesundheitsfragen gefährden daher Ihren Versicherungsschutz unter Umständen dauerhaft. Eine ausführliche Erläuterung der möglichen Folgen finden Sie auf der Rückseite des Antrags unter Ziffer 1: „MITTEILUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT“.

Frage (Bitte alle Fragen, auch Unterfragen beantworten)

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in kg:

5.1 In den letzten 3 Jahren

Haben Sie Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe kontaktiert? Dazu zählen Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen, Beobachtungen und Kontrollen. ☐ nein ☐ ja
Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und Ausheilungstermin an.

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt:

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt:

5.2 In den letzten 10 Jahren

Wurden Sie stationär behandelt, untersucht, operiert oder wurden bei Ihnen ambulante oder stationäre Kurmaßnahmen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja
Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und Ausheilungstermin an.

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt:

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt:

5.3 Erfolgten in den letzten 10 Jahren oder erfolgen derzeit Behandlungen, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)?

☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie auch den Behandlungszeitraum und die Anzahl der Sitzungen an.

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt: Anzahl der Sitzungen:

5.4 Aktueller Gesundheitszustand

a) Bestehen Beschwerden, Folgen von durchgemachten Erkrankungen oder Unfallfolgen, chronische Erkrankungen, Wehrdienstbeschädigungen oder Beeinträchtigungen (auch solche, die einer möglichen Erwerbsminderung zugrunde liegen)? Besteht eine Sterilität oder wurden bereits Untersuchungen zur Feststellung einer Sterilität durchgeführt? Sind hierzu Untersuchungen notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Werden derzeit ärztliche Behandlungen durchgeführt? Welche? Geben Sie bitte auch die Therapieform, den Behandlungszeitraum und die Diagnose an. ☐ nein ☐ ja

Diagnose:

von: bis: wann ausgeheilt:

b) Liegen bei Ihnen Dioptrienwerte außerhalb des Bereichs –10 bis +10 vor (z. B. –12 oder +11)?

☐ nein ☐ ja

5.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres regelmäßig Medikamente?

☐ nein ☐ ja

(mehr als einmal verordnet; Verhütungsmittel sind dann anzugeben, wenn diese zur Behandlung einer Erkrankung verordnet werden/wurden).

Welche? Name: Diagnose:

von: bis:

Welche? Name: Diagnose:

von: bis:

5.6 Geplante Behandlungen

Ist eine ambulante oder stationäre Untersuchung bzw. Behandlung geplant oder angeraten? ☐ nein ☐ ja
Wann: Diagnose:

5.7 Zahnfragen

a) Sind derzeit zahnärztliche und/oder kieferorthopädische Behandlungen geplant, angeraten bzw. werden solche durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

Bitte nähere Angaben:

von: bis: voraussichtlich beendet:

b) Bitte geben Sie die Anzahl der tatsächlich fehlenden Zähne (mit Ausnahme der Weisheitszähne) an! Anzahl fehlende Zähne ☐ keine ☐ es fehlen Stück

c) Bitte geben Sie die Anzahl der künstlichen Zähne an, z. B. Kronen, Implantate, Brücken Anzahl künstliche Zähne ☐ keine ☐ künstlich sind Stück
(bei Brücken die Anzahl aller betroffenen Zähne)

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungs- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der HUK-COBURG-Krankenversicherung den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung zu widerrufen.

Steuer-ID Antragsteller

Steuer-ID Versicherte Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie sonstige Einwilligungen und Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Hinweise und Erklärungen“. Durch Ihre Unterschrift nehmen Sie diese Inhalte zur Kenntnis, erklären sich mit deren Einbeziehung in den Vertrag einverstanden und willigen ein in die

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
- Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
- Datenweitergabe an Rückversicherungen
- Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, und die
- Übermittlung steuerlich begünstigter Beiträge im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes an die Finanzbehörden (Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

Außerdem enthalten die „Hinweise und Erklärungen“ u. a. Hinweise zur Anzeigepflicht und zu Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie Erläuterungen zum Widerrufsrecht. Wichtig! Zweck und Umfang dieser Erklärungen sind unter „Hinweise und Erklärungen“ ausführlich erläutert. Die Durchschrift des Antrags ist für Sie bestimmt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit der auf der Antragsrückseite enthaltenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten.

☒

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

☒

Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren (sofern nicht Antragsteller/Antragstellerin)

☒

Unterschrift der Eltern/des gesetzlichen Vertreters

6.1 Erläuterungen

Bitte geben Sie uns ausführliche Stellungnahmen mit dem jeweiligen Behandlungszeitraum an und teilen Sie uns mit, ob und ggf. seit wann (genaues Datum) die Erkrankungen folgenlos ausgeheilt sind!

Zu 5.1 – In den letzten 3 Jahren

Bitte geben Sie uns hier an, wann und warum Sie Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Masseure) aufgesucht haben. Nennen Sie uns bitte die ärztliche Diagnose; wenn Ihnen diese nicht bekannt ist, können Sie das Beschwerdebild auch mit Ihren eigenen Worten schildern.

Nennen Sie uns bitte auch die **Behandlungszeiträume**.

Besonders wichtig für unsere Risikobeurteilung ist der Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Erkrankung **folgenlos ausgeheilt** ist. Bitte nennen Sie uns dieses **Datum**.

Bei regelmäßig durchgeführten Vorsorge-, Routine- oder Kontrolluntersuchungen teilen Sie uns bitte den jeweiligen Grund sowie den bei der Untersuchung erstellten **Befund** mit.

Soweit Ihnen **Medikamente** oder **Heilmittel** (z. B. Fango, Massage, Ultraschall-, Heißluft- oder Elektrotherapie) verordnet wurden, bitten wir um Angabe des **Namens** bzw. der **Behandlungshäufigkeit** (z. B. bei Massage Anzahl der Behandlungen/Serien).

Bitte teilen Sie uns auch die Zeiträume von **Arbeitsunfähigkeiten** mit den jeweiligen Erkrankungen mit, wenn diese länger als zwei Wochen dauerten.

Zu 5.2 – In den letzten 10 Jahren

Bitte teilen Sie uns hier mit, welche **Diagnosen** zum **Aufenthalt** in Krankenhäusern, Sanatorien, Kuranstalten oder Heilstätten führten.

Uns interessieren auch hier die **Behandlungszeiträume** und der Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Erkrankung **folgenlos ausgeheilt** ist.

Bitte geben Sie eventuell durchgeführte stationäre und ambulante **Kurmaßnahmen** (z. B. Badekur) mit Diagnosen, Behandlungszeiträumen und Termin der Ausheilung an.

Sollten Operationen erfolgt sein, bitten wir um Nennung der betroffenen Körperteile. Teilen Sie uns bitte auch hier mit, ob **Operationsmaterial** (z. B. Platten, Schrauben, Nägel) in Ihrem Körper belassen wurde und ob (ggf. wann) dieses wieder entfernt werden muss.

Bitte geben Sie uns auch eventuell bereits durchgeführte **Rehabilitationsmaßnahmen** an.

Zu 5.3 – Behandlungen, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen

Bei **ambulanten** oder **stationären Psychotherapien** oder **psychiatrischen Behandlungen** benötigen wir die Angabe, in welchen **Zeiträumen** die Behandlungen erfolgten, welche **Therapien** angewandt wurden und wann die **Ausheilung** erfolgte.

Bei noch laufenden Behandlungen bitten wir um Angabe des voraussichtlichen Behandlungsendes.

Zu 5.4 – Aktueller Gesundheitszustand

Zu **Beschwerden** gehören u. a. sowohl vorübergehende als auch dauerhafte **Beeinträchtigungen** des seelischen und körperlichen Wohlbefindens, z. B. Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Sarkoidose, Morbus Bechterew, chronische Darmerkrankungen (wie z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Diverticulose), Alzheimer'sche Krankheit oder Parkinson'sche Krankheit sowie alle sonstigen chronischen Leiden oder dauerhaften Beschwerden.

Diese sind auch dann anzugeben, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Beschwerden – z. B. durch einen momentanen Stillstand – bestehen.

Zu **Unfallfolgen** zählen u. a. Verlust, Fehlbildung und Entstellung von Gliedmaßen.

Bei **laufender Behandlung** bitten wir um Angabe von Diagnose, Behandlungsbeginn und (voraussichtlichem) Behandlungsende.

Bei Sterilität bitten wir um nähere Ausführungen zur genauen Diagnose sowie um Angabe, welche Behandlungen durchgeführt werden oder vorgesehen sind.

Bei bestehenden **Wehrdienstbeschädigungen** oder **Erwerbsminderungen** benötigen wir eine Kopie des versorgungsamtlichen Bescheids, aus dem die Diagnosen hervorgehen, die zur Wehrdienstbeschädigung oder Erwerbsminderung führten.

Dioptrie ist eine Maßeinheit. Sie benennt die Vergrößerungs- bzw. Verkleinerungswirkung von Linsen. Damit wird auch die Stärke der Brillengläser angegeben. Im **Brillenpass**, den man bei diagnostizierter Fehlsichtigkeit vom Augenarzt oder Optiker erhält, sind die Dioptrie-Werte eingetragen.

Zu 5.5 – Medikamenteneinnahme im letzten Jahr

Zu **Medikamenten** geben Sie uns bitte den Namen an. Teilen Sie uns bitte auch mit, aufgrund welcher Beschwerden und Diagnosen diese eingenommen werden/wurden.

Zu 5.6 – Geplante Behandlungen

Bitte nennen Sie uns hier die **Art der geplanten Behandlungen**, die gestellte **Diagnose**, voraussichtlichen **Behandlungsbeginn und -ende**.

Zu 5.7 – Zahnfragen

- a) Zu **zahnärztlichen** und **kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen** reichen Sie uns bitte eine Kopie des Heil- und Kostenplanes ein.
Nennen Sie uns bitte auch voraussichtlichen Behandlungsbeginn sowie voraussichtliches Behandlungsende mit.
- b) Bei **fehlenden Zähnen** können Sie die Weisheitszähne unberücksichtigt lassen.
Sind Zahnlücken nicht mehr sichtbar, weil ein so genannter „**vollständiger Lückenschluss**“ erreicht wurde (z. B. bei kieferorthopädischen Behandlungen), können Sie auch diese unberücksichtigt lassen.
- c) Hierzu gehören Angaben, **wie viele Zähne** in Ihrem Gebiss überkront, überbrückt oder durch Implantate ersetzt wurden (**genaue Stückzahl**).
Bei Überbrückungen geben Sie uns bitte auch an, ob Nachbarzähne betroffen sind.

6.2 Beitragseinstufung der Pflege-Pflichtversicherung für Kinder und Ehe-/eingetragene Lebenspartner

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflege-Pflichtversicherung einen vollen Beitrag zahlt und die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) wenn keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht,
- b) wenn keine Befreiung von der Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung vorliegt,
- c) wenn kein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflege-Pflichtversicherung besteht,
- d) wenn keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeführt wird,
- e) wenn kein Gesamteinkommen erzielt wird, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, usw.). Die Einkommensgrenze liegt im Jahr 2020 bei 455 € monatlich bzw. bei 450 € monatlich, wenn das Gesamteinkommen voll oder zum Teil aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) erzielt wird bzw. zusammen genommen bei 455 €. Bei Renten ist der Zahlbetrag maßgebend.

Die aktuell gültigen Grenzen finden Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) unter dem Suchbegriff „Bezugsgröße“.

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 oder Bundesfreiwilligendienst leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus, dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten.
- 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.

Ehe-/eingetragene Lebenspartner haben Anspruch auf Beitragsbegrenzung, wenn beide privat pflegeversichert sind und mindestens einer seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegeversichert ist. Des Weiteren darf einer der beiden kein Gesamteinkommen erzielen, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet. Die Definition Gesamteinkommen entnehmen Sie Punkt 6.2 e). Bei Renten ist der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kinder-erziehungszeiten entfallenden Teil maßgebend.

6.3 Erklärungen zur Berechnung der Absicherung im Krankentagegeld (Tarif KT)

In der Krankentagegeldversicherung versichern wir bei Angestellten 80 % des Bruttoeinkommens und bei Selbstständigen/Freiberuflern 70 % der um die Betriebsausgaben geminderten Betriebseinnahmen (Gewinn). Eventuell anderweitig bestehende private oder gesetzliche Kranken(tage)gelder sind davon immer abzuziehen.

Bei gesetzlich versicherten Angestellten mit einem Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze akzeptieren wir zur Berechnung des Tagessatzes hilfsweise 10 % des Bruttoeinkommens.

Gesetzlich versicherte Angestellte mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze können hilfsweise 80 % des Bruttoeinkommens abzüglich des aktuell gültigen Krankengeldhöchstsatzes der gesetzlichen Krankenkasse absichern.

7. Hinweise und Erklärungen

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

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.

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.

Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

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

Kündigung und Fortfall des Versicherungsschutzes

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. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Vertragsänderung mit Leistungsausschlüssen oder Beitragszuschlägen

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.

Dies kann zu Leistungsausschlüssen oder Beitragszuschlägen führen.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

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.

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 eintreten sind.

Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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 rückwirkenden 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.

2. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HUK-COBURG-Krankenversicherung 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. den Inhalt des Versicherungsvertrages, an andere Stellen, z. B. die HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kreffahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg (oder per E-Mail an Info@HUK-COBURG.de bzw. per Fax an 09561/96-6990) 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG selbst (unter 2.1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG (unter 2.2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 2.3.).

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. Bei Bedarf werden wir darüber hinaus eine auf den Einzelfall bezogene Einwilligung bei Ihnen einholen, z. B. zur Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung oder zur Prüfung der Leistungspflicht.

2.1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die HUK-COBURG-Krankenversicherung 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.

2.2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der HUK-COBURG-Gruppe oder einer anderen Stelle. Beispielsweise werden die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung und der Vertrieb zentralisiert von der HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kreffahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg wahrgenommen. 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.HUK.de/datenschutz eingesehen oder bei HUK-COBURG, Datenschutzbeauftragte, 96444 Coburg, 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 HUK-COBURG-Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Dienstleisterliste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HUK-COBURG Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2.2. 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 HUK-COBURG-Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2.3. 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 HUK-COBURG-Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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.

2.3. 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, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung. Wir speichern die Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können.

Ich willige ein, dass die HUK-COBURG-Krankenversicherung 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.

Dienstleisterliste

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags:	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraffahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg	Bereitstellung der technischen Infrastruktur und Übernahme der Risikoprüfung, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie zentraler Funktionen, insbesondere Datenverarbeitung, Inkasso, interne Revision, Rechtsabteilung, Vertrieb und Datenschutz
HUK-COBURG Assistance GmbH	Notrufzentrale für technische, medizinische und Haus-Assistanceleistungen im In- und Ausland Telefonische Serviceleistungen, Outbound-Telefonie Medizinische Notrufzentrale Steuerung, Betreuung und Organisation medizinischer Fälle inkl. Bodenrücktransporte im europäischen Ausland
CRIF Bürgel GmbH, Creditreform AG	Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Private Healthcare Assistance GmbH, weitere Assisteure	Übernahme, Koordination und Überprüfung von Auslandsleistungen, Betreuung und Organisation komplexer medizinischer Fälle, Krankenrücktransporte, Rechnungsprüfung, sonstige medizinische Assistance-Fälle, Case Management
Almeda GmbH	Medizinische Hotline, Medizinische Beratung (Online-Sprechstunde)
Kaia Health Software GmbH	medizinische Anwendung (Rückentraining)
GSC Service- und Controlling GmbH	Beratung zur betrieblichen Krankenversicherung
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	Ermittlung von Kalkulationsgrundlagen, Erhebung von Verbandsstatistiken und Durchführung von Ausgleichsverfahren, z. B. für die Pflege-Pflichtversicherung
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist und Auftragsnehmer die nur gelegentlich tätig werden:	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
Loancos GmbH	Verwaltung grundpfandrechtlich gesicherter Darlehen
Adressermittlung	Adressprüfung
Assisteure	Assistance-Leistungen
Call-Center	Outbound-Telefonate
Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Dokumenten und Hardware
HUK-COBURG Vermittlungsgesellschaft für Finanzdienstleistungen mbH	Vermittlung von Finanzdienstleistungsprodukten
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und TK-Dienstleister	Wartung, Programmierung und Test, Beratung- und Unterstützungsleistungen, Datenübertragung
Lettershops	Portooptimierung, Druck und Versand personalisierter Postsendungen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rechtsanwälte	Prozessführung, Forderungseinzug
Rückversicherungen	Rückversicherungsgeschäft
Wirtschaftsprüfer	Buchführung
Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfung, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung

Hinweise

Ziel dieser Dienstleisterliste ist es, auf Grundlage der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-erklärung sowie den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten zu schaffen. In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der HUK-COBURG erheben, verarbeiten oder nutzen. Jeder Betroffene kann der Übermittlung seiner Daten an die oben genannten Dienstleister widersprechen, z. B. schriftlich oder per E-Mail an Info@HUK-COBURG.de. In diesem Fall unterbleibt eine Datenübermittlung, wenn eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der HUK-COBURG überwiegt. In der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung betrifft dies teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte personenbezogene Daten (z. B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weiter gegeben werden.

3. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Für Verträge im elektronischen Geschäftsverkehr gilt dies jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2
96447 Coburg
Fax: 09561 96-6990
E-Mail: Info@HUK-COBURG.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von:

1

360

x vereinfachter zu zahlender Beitrag für das erste Versicherungsjahr

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

4. Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Besteht derzeit Versicherungsschutz bei einer anderen privaten Krankenversicherung? Dann erkundigen Sie sich bitte beim derzeitigen Versicherer, ob Alterungsrückstellungen mitgegeben werden können. Ihr Beitrag bei uns kann sich hierdurch entsprechend reduzieren. Sollte das für Sie zutreffen, reichen Sie uns bitte eine entsprechende Bescheinigung über die Höhe der mitgabefähigen Alterungsrückstellungen ein.

5. Bürgerentlastungsgesetz

Ab dem 01.01.2010 können Beiträge für die Krankenversicherung bis zur Höhe eines vergleichbaren Basiskrankenversicherungsschutzes sowie die Beiträge zur Pflege-Pflichtversicherung in vollem Umfang steuerlich geltend gemacht werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Steuerpflichtige in die Datenübermittlung schriftlich eingewilligt hat.

Dieses Einverständnis muss spätestens bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr (Kalenderjahr, in dem die Beiträge geleistet worden sind) folgt (§ 10 Abs. 2a Satz 1 Einkommensteuergesetz), vorliegen. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, der Steuerpflichtige widerruft diese schriftlich gegenüber dem Versicherungsunternehmen. Der Widerruf muss dem Versicherungsunternehmen vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, vorliegen.

6. Allgemeines

Ihr Antrag sowie die eventuell ergänzend eingereichten Unterlagen werden digitalisiert auf elektronischen Datenspeichern aufbewahrt. Bitte senden Sie uns daher lediglich Kopien der Ihnen vorliegenden Originalunterlagen (Arztberichte, behördliche Bescheide usw.). Zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben, verarbeiten und nutzen wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.



HUK-COBURG

Krankenversicherung

96447 Coburg
Tel. 09561 96-98201
Fax 09561 96-6990



HUK-COBURG, 96448 Coburg

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Zahlungsempfänger: **HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg, Bahnhofplatz, 96444 Coburg**

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: **DE17ZZZ00000031285**

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Name und Vorname Versicherungsnehmer:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Mandat gültig für:

Bitte nur **eine** Versicherungsscheinnummer angeben.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Kontoinhaber:

☐ Versicherungsnehmer ☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr		

Name und Vorname Kontoinhaber:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Kontoverbindung:

IBAN | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN bei ausländischer Bankverbindung:

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Bitte entnehmen Sie diese Angaben Ihren Bankunterlagen.

bei

Bitte genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts einschließlich PLZ und Ort angeben.

Ort

Tao

Monat

Jahr

Unterschrift(en) Kontoinhaber



Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere für die Beitragszahlung, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

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 hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (sog. Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.HUK.de/datenschutz abrufen. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie die Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Liste aus.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus kann Ihnen ein Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Herausgabe Ihrer Daten zustehen, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Diese Rechte können Sie geltend machen bei der HUK-COBURG, 96444 Coburg, Info@HUK-COBURG.de

Weitere Informationen zur Verwendung von Daten im Zusammenhang mit der Durchführung des Versicherungsvertrages haben wir zusammen mit den Angebots- bzw. Antragsunterlagen ausgegeben. Für den Fall, dass Sie die Beitragszahlung übernehmen und nicht der Versicherungsnehmer sind: Fragen Sie hierzu bitte den Versicherungsnehmer nach dem Informationsblatt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“. Dies können Sie ebenfalls im Internet unter www.HUK.de/datenschutz abrufen.