

# Antrag

## Pflegetagegeldversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

# 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 (innerhalb von 3 Tagen) gegenüber der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta nachzuholen; bitte weisen Sie dann in diesem Formular auf die beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

# Wichtige Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen

## Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen, die mir rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung ausgehändigt wurden, erkenne ich an.

### Widerrufsbelehrung

#### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta (oder Postfach 1363, 49362 Vechta). Bei Widerruf per Fax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04441 905-470, per E-Mail an: info@alte-oldenburger.de.

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. Der Versicherer hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

##### Besondere Hinweise

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

#### Abschnitt 2

#### Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

##### Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

#### Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt wird. Bei einer Annahme meines Antrags habe ich die Möglichkeit, entsprechend der vorstehenden Widerrufsbelehrung, den Versicherungsvertrag durch mein 2-wöchiges Widerrufsrecht rückwirkend wieder aufzuheben. Bei Zustellung eines von meinem Antrag abweichenden Versicherungsscheins habe ich darüber hinaus das Recht, innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform zu widersprechen. Über die Einzelheiten werde ich gegebenenfalls entsprechend belehrt.

#### Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifes/der beantragten Tarife nichts anderes vorsehen – für die Dauer von zwei Versicherungsjahren fest geschlossen wird und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

#### Nebenabreden

Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie im jeweiligen Versicherungsschein dokumentiert sind.

#### Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) – Sektor Versicherungsaufsicht –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

#### Gesetzlicher Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds für die Krankenversicherung der „Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln“ an.

# ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Neuantrag  Änderungsantrag (Versicherungs-Nr. bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ )

Titel, Vor- und Zuname des Antragstellers		Geburtsdatum		verheiratet <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf		Branche		selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort			
Telefon-Nr. (privat)		E-Mail			

Ich beantrage den Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen:

Person	Vor- und Zuname Abweichende Anschrift der versicherten Person	Geburtsdatum			Geschl. m/w/d	Versicherungs- Beginn
		Tag	Monat	Jahr		
1						
		Angehörigenverhältnis zum Antragsteller		<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Ehepartner/eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
2						
		Angehörigenverhältnis zum Antragsteller		<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Ehepartner/eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Tarif Pflege Bahr			Person 1			Person 2		
Tarif	Tagessatz bei Pflegegrad 5 (Euro)	Monatsbeitrag (Euro)	Tarif	Tagessatz bei Pflegegrad 5 (Euro)	Monatsbeitrag (Euro)	Tarif	Tagessatz bei Pflegegrad 5 (Euro)	Monatsbeitrag (Euro)
Pflege Bahr			Pflege Bahr			Pflege Bahr		

Tarif PflegeSchutz				Person 1				Person 2			
Leistungskomponente	Tagessatz (Euro)	AV*	Monatsbeitrag (Euro)	Leistungskomponente	Tagessatz (Euro)	AV*	Monatsbeitrag (Euro)	Leistungskomponente	Tagessatz (Euro)	AV*	Monatsbeitrag (Euro)
PflegeSchutz 5				PflegeSchutz 5				PflegeSchutz 5			
PflegeSchutz 4		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 4		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 4		<input type="checkbox"/> ja	
PflegeSchutz 3		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 3		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 3		<input type="checkbox"/> ja	
PflegeSchutz 2		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 2		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 2		<input type="checkbox"/> ja	
PflegeSchutz 1		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 1		<input type="checkbox"/> ja		PflegeSchutz 1		<input type="checkbox"/> ja	
*Anwartschaftsversicherung		Gesamt:		Gesamt:		Gesamt:		Gesamt:		Gesamt:	

**Zahlweise**  
 monatlich       vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

**Nur für Tarif Pflege Bahr: Weitere Angaben, Erklärungen und Bevollmächtigung**

Weitere Angaben, die für die Beantragung der staatlichen Förderung benötigt werden:

Person	Geburtsname	Geburtsort	Renten-/Sozialversicherungsnummer	Staatsangehörigkeit
1				
2				

**1. Bestätigungserklärung der zu versichernden Personen:**

Hiermit bestätige ich, dass ich die nachfolgenden erforderlichen Voraussetzungen für den Abschluss einer staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung erfülle, eventuelle Unklarheiten kläre ich vor Unterzeichnung dieser Erklärung:

- Ich bin in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert. (Aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung folgt in der Regel die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflege-Pflichtversicherung.)
- Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.
- Ich erhalte keine Leistungen, die mir auf Grund meines körperlichen oder mentalen Zustandes aus Mitteln der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung geleistet werden und ich habe derartige Leistungen auch in der Vergangenheit nicht erhalten. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil ich vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, erhalte oder erhalten habe.
- Es besteht keine weitere auf meinen Namen lautende staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung.

**2. Verpflichtungserklärung der zu versichernden Personen:**

– Im Weiteren verpflichte ich 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, unverzüglich mitzuteilen. 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.

**3. Bevollmächtigung der zu versichernden Personen:**

Ich bevollmächtige die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG unwiderruflich, die Zulage, und, soweit eine solche noch nicht vergeben ist, die Zulagenummer zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden.

<sup>1</sup> bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft

**Nur für Tarif PflegeSchutz: Angaben über den Gesundheitszustand**

Die 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. Detailliertere Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen und Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

**Bitte beantworten Sie folgende Gesundheitsfragen:**

Mit der Antragstellung sind für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die U-Untersuchungsberichte und für Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres ein ärztliches Zeugnis einschließlich Laborwerte einzureichen.

Wird eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person leider nicht möglich.

		Person 1	Person 2
	<b>Größe</b>		
	<b>Gewicht</b>		
<b>1. Haben Sie jemals Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder Rente wegen Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit erhalten, einen anerkannten Grad der Behinderung (MdE, GdB)* oder wurden entsprechende Anträge gestellt bzw. ist dies beabsichtigt?</b> *Besteht ein Grad der Behinderung (MdE, GdB) schicken Sie uns den Bescheid und Befundberichte mit dem Antrag.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen?</b>			
Erkrankungen des Zentralnervensystems:	Gehirnblutung, Hirntumor, Parkinson, Neurodegenerative Erkrankung (z. B. Alzheimer, Demenz, amyotrophe Lateralsklerose), Schlaganfall (auch TIA), Querschnittslähmung, Kleinhirnerkrankungen, Multiple Sklerose, Koma, Epilepsie, Hemiparese/Hemiplegie, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jacob, infantile Zerebralparese, Kinderlähmung, Ataxien (Bewegungskordinationsstörung), Polyneuropathie, Myasthenia gravis		
Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems:	koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-OP, Ischämie), Herzinsuffizienz, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörung mit Herzschrittmacher/Defibrillator, Arteriosklerose, Aneurysma, Lymphödem		
Erkrankungen innerer Organe, Stoffwechsel:	chronische Lebererkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis), Nierenfunktionsstörung, Diabetes mellitus, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Sarkoidose, Tuberkulose, Speicherkrankheiten, Mukoviszidose, Bluter (Hämophilie), Kollagenosen, Stoffwechselerkrankungen (Ausnahme: Fettstoffwechselerkrankungen, Schilddrüsenerkrankung), Raynaud-Syndrom (sekundär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:	Osteoporose/Osteopenie, Morbus Bechterew, Muskeldystrophie und -atrophie, rheumatoide/chronische Arthritis, Arthrose (mit Schmerzzuständen und/oder Bewegungseinschränkungen), Fibromyalgie, Amputation Arm oder Bein, Glasknochenkrankheit, Marmorknochenkrankheit		
Sonstige Erkrankungen:	Körperliche bzw. geistige Entwicklungsverzögerung, Wasserkopf (Hydrozephalus), Erkrankungen des Rücken- und/oder Knochenmarks, Krebserkrankung, psychische Erkrankungen und/oder Verhaltensstörungen, Autismus, HIV-Infektion, Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit, Makuladegeneration, fortgeschrittene Erblindung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, chronische Immunschwäche, Gleichgewichtsstörungen, chronisches Schmerzsyndrom		
Bleibende Folgen nach:	Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebserkrankung, Organtransplantation		

**Besteht, bestand oder ist bereits anderweitig eine private Pflegeergänzungsversicherung beantragt?**

**Person 1:**  ja  nein Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_ von - bis: \_\_\_\_\_ Tagessatz in EUR: \_\_\_\_\_

**Person 2:**  ja  nein Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_ von - bis: \_\_\_\_\_ Tagessatz in EUR: \_\_\_\_\_

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen wurden mir, entsprechend des anliegenden Bestätigungsschreibens, rechtzeitig vor Antragsstellung ausgehändigt.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der 2-wöchigen Widerrufsfrist beginnt.

Die gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Bei Beantragung des Tarifs Pflege Bahr gebe ich mit meiner Unterschrift die Erklärungen zu Nr. 1 und 2 auf der Seite 4 dieses Antrags ab und bevollmächtige die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG entsprechend Nr. 3.

Zur Bearbeitung des Antrags ist es weiterhin erforderlich, die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung auf den Seiten 6 und 7 abzugeben.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie sich bitte die wichtigen Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen, besonders hinsichtlich Ihres Widerrufsrechts auf Seite 3 durch. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages und werden mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags.

Ort	Datum	Vermittler-Nr. und Name
Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers (Unterschriften aller zu vers. Personen über 16 Jahre, ggf. gesetzlicher Vertreter)		Unterschrift des Vermittlers

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Zahlungsempfänger**

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer DE29ZZ00000227009

Mandatsreferenz: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

**SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Land

Name des Kreditinstituts

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) des Kontoinhabers



(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

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 ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, im Folgenden ALTE OLDENBURGER, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (siehe Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Erklärungen nicht abzugeben. Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist der Abschluss oder die Durchführung des Vertrages regelmäßig jedoch nicht möglich. Sie haben das Recht, Ihre Erklärungen jederzeit zu widerrufen. Bisherige Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ALTE OLDENBURGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ALTE OLDENBURGER (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 ALTE OLDENBURGER

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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 die ALTE OLDENBURGER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ALTE OLDENBURGER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER – 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 ALTE OLDENBURGER übermittelt werden.

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

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

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

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

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die ALTE OLDENBURGER 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.

#### Erklärung für den Fall Ihres Todes:

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).

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

Die ALTE OLDENBURGER verpflichtet 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. Die ALTE OLDENBURGER benötigt 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 ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ALTE OLDENBURGER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ALTE OLDENBURGER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel EDV-Dienstleistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im Verbund der VGH Versicherungen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.



Die ALTE OLDENBURGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ALTE OLDENBURGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt (siehe Seite 8). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.alte-oldenburger.de/datenschutz](http://www.alte-oldenburger.de/datenschutz) eingesehen oder bei ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta, Telefon 04441 905-0, E-Mail [info@alte-oldenburger.de](mailto:info@alte-oldenburger.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Verbundes der VGH Versicherungen 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, kann die ALTE OLDENBURGER 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 die ALTE OLDENBURGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die ALTE OLDENBURGER 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 die ALTE OLDENBURGER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 die ALTE OLDENBURGER 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 ALTE OLDENBURGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER 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.

Ort	Datum
Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers (Unterschriften der zu versichernden Personen über 16 Jahre, ggf. gesetzlicher Vertreter)	

# Dienstleisterliste

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

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG arbeitet mit folgenden Stellen und Kategorien von Stellen zusammen, die im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung oder einer Funktionsübertragung für das Unternehmen tätig werden:

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
Provincial Krankenversicherung Hannover AG	Antrags-, Schadens- und Leistungsbearbeitung
Landschaftliche Brandkasse Hannover	Revisionsaufgaben
Thieme TeleCare GmbH	Gesundheitsmanagement
infoscore Consumer Data GmbH	Wirtschaftsauskünfte
Bridgetec GmbH & Co. KG	Postkonsolidierung, Druck- und Kuvertierservice
Deutsche Assistance Service GmbH	Assistancedienstleistungen
ivv - Informationsverarbeitung für Versicherungen GmbH	IT-Betrieb, IT-Service, Softwareentwicklung, Softwarewartung und sonstige IT-Leistungen
PAV Card GmbH	Erstellung der Versichertenkarte
Sanitätshaus müller betten GmbH & Co. KG	Hilfsmittelversorgung
almeda GmbH	Servicehotline
Insiders Technologies GmbH	Digitalisierung Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb

Kategorien von Dienstleistern	Übertragene Aufgaben
Adressermittler	Adressenprüfung
Entsorgungsbetriebe	Entsorgung von Dokumenten
IT-Dienstleister	EDV-Leistungen
Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen
Ratingagenturen	Kundenumfragen, Unternehmensrating

## Hinweis:

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an die oben genannten Unternehmen erfolgt jeweils ausschließlich streng zweckgebunden, d.h. zum Zweck der Durchführung Ihres Versicherungsvertrages bzw. zum Zweck Ihrer Leistungsregulierung.

Die Übermittlung der Daten an Dienstleister im Falle einer zu Grunde liegenden Funktionsübertragung an Dienstleister im Sinne von Artikel 22 der Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) kann unterbleiben, soweit Sie der Übermittlung aus besonderen persönlichen Gründen widersprochen haben und eine Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse wegen dieser besonderen persönlichen Situation (z. B. wenn durch die Übermittlung eine Gefahr für Ihr Leib und Leben entsteht) dem Interesse der ALTE OLDENBURGER an der Übermittlung zum Zweck der Vertragsdurchführung bzw. Leistungsregulierung überwiegt.



# Informationen zum Datenschutz

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

### Gemeinsame Anschrift

Alte-Oldenburger-Platz 1  
49377 Vechta  
Telefon: 04441 905-0  
Fax: 04441 905-470  
E-Mail: info@alte-oldenburger.de

## Datenschutzbeauftragter

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG  
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.  
– Datenschutzbeauftragter –  
Alte-Oldenburger-Platz 1  
49377 Vechta  
E-Mail: Datenschutz@alte-oldenburger.de

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um unsere Dienstleistungen Ihnen gegenüber erbringen zu können. **Ohne die Verarbeitung Ihrer Daten sind weder die Erstellung eines Versicherungsangebotes, noch der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages möglich.** Ihre Daten verarbeiten wir entsprechend der Vorgaben der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie der Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (sog. Code of Conduct, auch CoC). So verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten (z. B. Name und Adresse) und Angaben (z. B. Geburtstag) wie auch die vertragsrelevanten Informationen zum versicherten Risiko (z. B. Angaben zum Einkommen und Beruf) um prüfen zu können, zu welchen Bedingungen wir Sie versichern können und um den Vertrag laufend zu verwalten (z. B. zur Beitragsberechnung oder zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten). Im Leistungsfall benötigen wir weitere Angaben, damit wir prüfen können, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben. Sowohl vor Abschluss als auch während der Laufzeit des Vertrags und im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass wir Ihre Daten bei Dritten erfragen. So befragen wir z. B. in Einzelfällen Ihren Vorversicherer zur Überprüfung Ihrer Angaben. Entsprechend kann auch eine zweckgebundene Weitergabe Ihrer Daten an Dritte, z. B. an unseren Rückversicherer erforderlich sein. Bei diesem versichern wir unsererseits Ihr wirtschaftliches Risiko, da wir ohne seine Dienstleistung Ihr Risiko nicht in derselben Weise versichern könnten. Im Leistungsfall kann es zudem notwendig sein, dass Ärzte, Gutachter oder andere Dienstleister wie z. B. Rehadienste Ihre Daten erhalten. Deren Information und Unterstützung benötigen wir, wenn wir die Leistungsvoraussetzungen oder den Umfang der Leistung nicht allein beurteilen können. Diese Datenverarbeitungen sind zur Erfüllung des Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich und nach **Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO** zulässig. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir zuvor Ihre Einwilligung nach **Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO** ein.

Neben unseren Pflichten aus dem mit Ihnen geschlossenen Versicherungsvertrag haben wir zudem umfangreiche weitere gesetzliche Verpflichtungen zu erfüllen. Hierzu gehört in erster Linie das Versicherungsvertragsgesetz, nach dem wir bzw. unsere Vermittler verpflichtet sind, Sie anlassbezogen zu beraten. Dabei verarbeiten wir Ihre Daten so, dass alle bei uns gespeicherten Informationen herangezogen werden, um Sie umfassend beraten zu können. Als Versicherer unterliegen wir spezifischen aufsichtsrechtlichen, handelsrechtlichen und steuerrechtlichen Vorgaben, die eine Verarbeitung Ihrer Daten, bspw. zur Erfüllung von Melde und Aufbewahrungsfristen nach Beendigung des mit Ihnen bestehenden Vertrags, rechtfertigen können. Zahlreiche weitere Auskunfts- und Meldepflichten können darüber hinaus die Herausgabe und Abfrage Ihrer Daten an bzw. bei staatliche Stellen wie z. B. Steuerbehörden aber auch Sozialversicherungsträger begründen. Diese Datenverarbeitungen sind zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich und auf Basis von **Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO** zulässig.

Um unsere Dienstleistungen nachhaltig sicher und wirtschaftlich anbieten zu können, nutzen wir Ihre Daten auch aus eigenem berechtigtem Interesse. So verarbeiten wir Ihre Daten etwa abseits der reinen Vertragsbearbeitung auch, um die Sicherheit und den Betrieb unserer IT-Systeme gewährleisten zu können. Darüber hinaus kann eine Datenverarbeitung zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten erfolgen, insbesondere bei Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können. In Einzelfällen unterstützt uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit es für diesen Zweck zwingend erforderlich ist. Vor Vertragsabschluss holen wir abhängig von der gewünschten Versicherungsleistung, (z. B. Krankheitskostenvollversicherung, Krankentagegeldversicherung) Bonitätsauskünfte ein, um Ihr Zahlungsverhalten beurteilen zu können.

Zum Zwecke der Absatzförderung unserer Dienstleistungen werden wir Ihre Daten auch für **Werbung** hinsichtlich unserer eigenen Produkte nutzen. Zur Verbesserung unserer Dienstleistungen sind wir zudem darauf angewiesen, Ihre Meinung zu unseren Produkten, aber auch zu allgemeinen Marktentwicklungen kennenzulernen. Wir werden deshalb Ihre Daten auch zu Zwecken der Markt- und Meinungsforschung verwenden. Diese Datenverarbeitungen sind zur Wahrung unserer berechtigten Interessen nach **Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO** zulässig. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang Ihre Widerspruchsrechte als Betroffener.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Die Unternehmen der ALTE OLDENBURGER (ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.) verfügen über gemeinsame Verfahrensabschnitte im Geschäftsablauf (z. B. für Telefondienst, Post, Inkassoverfahren). Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder beiden Unternehmen besteht, werden Ihre Daten zur Vertragsdurchführung in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verwendet.

Um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erfüllen, aber auch unsere berechtigten Interessen wahren zu können bedienen wir uns externer Unterstützung in Form von Druckereien, Versandgesellschaften, Marktforschungsunternehmen, IT-Dienstleistern, Medizinischen Gutachtern, Rehadiensten und Sachverständigen. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, in der jeweils aktuellen Version können Sie zusätzlich auf unserer Internetseite unter <https://www.alte-oldenburger.de> einsehen.

## 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 und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

## Betroffenenrechte

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

## Widerspruchsrechte

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Werbung jederzeit zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DSGVO).**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die dieser Verarbeitung entgegenstehen (Art. 21 Abs. 1 DSGVO). Dies gilt ebenso für Weiterverarbeitungen zu statistischen Zwecken (Art. 21 Abs. 6 DSGVO).**

**Ihr Widerspruch ist jeweils formlos möglich. Bitte beachten Sie unsere Kontaktdaten.**

## Datenschutzaufsichtsbehörde

Sie können sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover

## Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck

Als Versicherungsunternehmen sind wir auf Informationen zu unseren versicherten Risiken angewiesen, um die Häufigkeit und die Höhe der Aufwendungen für Versicherungsfälle im Hinblick auf die Versicherbarkeit kennen zu lernen und unsere Tarifierung verbessern zu können. Hierzu werten wir unsere Kundeninformationen statistisch aus. In diesem Zusammenhang kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten zu statistischen Zwecken verarbeiten. Die Erstellung von Statistiken unter Verwendung personenbezogener Daten ist auf Grundlage der Art. 6 Abs. 4, 5 Abs. 1 b) DSGVO zulässig. Erstellen wir Statistiken mit Kategorien besonderer personenbezogener Daten, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Bitte beachten Sie die Hinweise zu Ihren Betroffenenrechten.