

Antrag auf Krankenversicherung

☐ **Neuantrag**
☐ **Änderungsantrag**
☐ **Honorarberatung
hat stattgefunden**

Hinweis: Damit Ihr Antrag schnellstmöglich bearbeitet werden kann, benötigen wir von Ihnen alle Seiten vollständig ausgefüllt sowie unterschrieben mit Orts- und Datumsangabe. Wir bitten Sie zudem, die Abschnitte „Empfangsbestätigung Vertragsinformationen“ sowie „Schlusserklärung und wichtige Hinweise hierzu“ vor Ihrer Unterschrift gründlich zu lesen. **Vielen Dank!**

I. Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer (nur bei Änderung) / Vorgangszeichen	Antrag / Anträge für weitere Person(en) anbei ☐ ja ☐ nein
--	--

Ila. Versicherungsnehmer (= ggf. zu versichernde Person 1)

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name / Titel	Familienstand ☐ Ledig ☐ verheiratet ☐ verpartnert ☐ verwitwet
Vorname	Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland ☐ Mehrlings-geburt
Straße und Hausnummer	Staatsangehörigkeit Hauptsitz in den letzten drei Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
PLZ und (ständiger) Wohnsitz	Telefon (freiwillige Angabe)
Berufliche Tätigkeit ☐ angestellt ☐ selbstständig	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
Steueridentifikationsnummer	Arbeitgeber / Betrieb
	beihilfeberechtigt: Bund: ☐ Land: ☐ Andere Träger: ☐

Hinweis: Die Landeskrankenhilfe wird die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß XI.8. der nachfolgenden Hinweise übermitteln.

Iib. Zu versichernde Person(en) – sofern abweichend von Versicherungsnehmer (Ila.)

1. Person

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Beziehung zum Versicherungsnehmer

☐ Ehepartner ☐ Tochter / Sohn ☐ Sonstiges

Name / Titel	
ggf. abweichender Geburtsname	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ und (ständiger) Wohnsitz	
Berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb	☐ angestellt ☐ selbstständig
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland	☐ Mehrlings-geburt
Staatsangehörigkeit	Hauptsitz in den letzten 3 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

beihilfeberechtigt:

☐ Bund ☐ Land: ☐ Andere Träger:

Steueridentifikationsnummer

2. Person

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Beziehung zum Versicherungsnehmer

☐ Ehepartner ☐ Tochter / Sohn ☐ Sonstiges

Name / Titel	
ggf. abweichender Geburtsname	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ und (ständiger) Wohnsitz	
Berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb	☐ angestellt ☐ selbstständig
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland	☐ Mehrlings-geburt
Staatsangehörigkeit	Hauptsitz in den letzten 3 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
Telefon (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

beihilfeberechtigt:

☐ Bund ☐ Land: ☐ Andere Träger:

Steueridentifikationsnummer

Hinweis: Die Landeskrankenhilfe wird die steuerlich abzugsfähigen Beitragsteile sowie die zu deren Übermittlung erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß XI.8. der nachfolgenden Hinweise übermitteln.



III. Angaben zu Kranken- und Pflegeversicherungen (zu versichernde Person[en])

1. Besteht oder bestand (wenn ja, wo zuletzt?)	1. Person	2. Person
a. eine gesetzliche oder private Krankenversicherung?	☐ nein ☐ ja, bei: _____ auch bei der LKH	☐ nein ☐ ja, bei: _____ auch bei der LKH
b. eine Pflegepflichtversicherung?	☐ nein ☐ ja, bei: _____	☐ nein ☐ ja, bei: _____
c. eine Kranken(tage)geldversicherung? In welcher Höhe?	☐ nein ☐ ja, bei Versicherer / Höhe: _____	☐ nein ☐ ja, bei Versicherer / Höhe: _____
d. eine sonstige Zusatzversicherung? Welcher Art?	☐ nein ☐ ja, bei Versicherer / Art: _____	☐ nein ☐ ja, bei Versicherer / Art: _____
2. Beginn und Ende der Versicherung zu 1 a. bis d.? (Zur Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten s. XI.4.)	a. von _____ bis _____ b. von _____ bis _____ c. von _____ bis _____ d. von _____ bis _____	a. von _____ bis _____ b. von _____ bis _____ c. von _____ bis _____ d. von _____ bis _____
3. Besteht beim derzeitigen (falls zzt. unversichert: beim letzten) Krankenversicherer ein Beitragsrückstand?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4. Bestand in den letzten drei Jahren bei einem Versicherer der Notlagentarif?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
5. Sofern eine beitragsfreie private Pflegepflichtversicherung für Kinder (auch Jugendliche, Studenten) oder die Beitragsermäßigung für Ehepartner beantragt wird:		
Angaben zu Person 1:	☐ Mtl. Gesamteinkommen (ohne Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung) unter 565,— EUR oder ☐ Geringfügig beschäftigt (Minijob): Mtl. Gesamteinkommen bis 603,— EUR	
Angaben zu Person 2:	☐ Mtl. Gesamteinkommen (ohne Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung) unter 565,— EUR oder ☐ Geringfügig beschäftigt (Minijob): Mtl. Gesamteinkommen bis 603,— EUR	

IV. Versicherungsumfang (zu versichernde Person[en])

1. Person

Datum des Versicherungs- oder Änderungsbeginns
--

Hinweis: Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach § 2 AVB!

Pflegetagegeld: Für werdende Mütter oder Väter: Bitte V.4 beachten!

Tarif/Absicherungshöhe	Tarifbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag	Risikozuschlag (EUR)	Gesamtbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag
Summe			

2. Person

Datum des Versicherungs- oder Änderungsbeginns
--

Hinweis: Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach § 2 AVB!

Pflegetagegeld: Für werdende Mütter oder Väter: Bitte V.4 beachten!

Tarif/Absicherungshöhe	Tarifbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag	Risikozuschlag (EUR)	Gesamtbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag
Summe			



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

V. Zusatzfragen (zu versichernde Person[en])

	1. Person	2. Person
1. Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:		
a. Sind Sie Gesellschafter oder geschäftsführender Gesellschafter?	☐ nein ☐ ja, Anteil in %: _____	☐ nein ☐ ja, Anteil in %: _____
b. Besteht Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall?	☐ nein ☐ ja, für die Dauer von: _____ Wochen.	☐ nein ☐ ja, für die Dauer von: _____ Wochen.
c. Seit wann sind Sie in Ihrem jetzigen Beruf ohne Unterbrechung selbstständig? (Monat und Jahr)		
d. Name und Gewerbe des Unternehmens (z. B. Handwerk, Groß-, Einzelhandel, Handelsvertretung), inkl. Rechtsform; ggf. Angabe der Homepage		
e. Eintragung im Handelsregister?	☐ nein ☐ ja, Datum des Eintrags	☐ nein ☐ ja, Datum des Eintrags
f. Gewerbeanmeldung/Zulassung?	☐ nein ☐ ja, Datum der Zulassung	☐ nein ☐ ja, Datum der Zulassung
g. Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer?		
h. Höhe des durchschnittlichen monatlichen Gewinnes (gemäß § 4 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz bzw. Gewinn- und Verlustrechnung der letzten zwölf Monate)	Betrag in Euro	Betrag in Euro
2. Wenn ein Krankentagegeld beantragt wird: Für Angestellte: Wie hoch ist das Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate aus beruflicher (nichtselbstständiger) Tätigkeit? (Betrag in Euro)		
3. Erklärung für Auszubildende / Studierende / Beamtenanwärter (Auszubildende / Studierende: Bitte Bescheinigung beifügen)	Beginn der Ausbildung Vrsl. Ende	Beginn der Ausbildung Vrsl. Ende
4. Wenn ein Pflegeitagegeld beantragt wird:		
a. Handelt es sich bei der zu versichernden Person um eine werdende Mutter oder werdenden Vater bzw. ist eine Adoption beabsichtigt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b. Wenn „ja“: Wie lautet der vrsl. Entbindungstermin laut Mutterpass bzw. wann ist der geplante Adop-tionstermin gem. Gerichtsbeschluss?	Termin(e)	Termin(e)

Hinweis zu Frage 4: Sofern eine Geburt oder eine Adoption bevorsteht, kann der Versicherungsbeginn der zukünftigen Eltern frühestens zum 1. des Vor-monats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein. **Bitte beachten Sie**, dass eine Mitversicherung ab Geburt nach § 198 VVG nur möglich ist, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt mindestens drei Monate versichert gewesen ist.



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

VI. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

Bitte beachten Sie auch die unter XI.9. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

Achtung: Eine falsche oder unvollständige Angabe zu den in diesem Antrag gestellten Fragen zu gefährerheblichen Umständen (das sind insbesondere die Fragen zum Gesundheitszustand) kann den Versicherer zu Maßnahmen nach § 19 VVG (Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung) berechtigen, zudem zur Leistungsverweigerung. Dies kann, sogar rückwirkend, zum Entfall (durch Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung) oder zur Verteuerung des Versicherungsschutzes (durch Vertragsanpassung) führen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und den möglichen Folgen von Verletzungen derselben finden Sie in den Vertragsinformationen auf dem Blatt „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Bitte beachten Sie im Rahmen der Beantwortung die entsprechenden Hinweise im Anhang.

Im Rahmen der nachfolgend unter XI.6. genannten Vertragsänderungen sind die Fragen 2. – 4. und 6. – 16. nur zu beantworten, wenn die abgefragten Angaben der LKH nicht bereits durch Erstattungsanträge oder sonstige schriftliche Erklärungen bekannt geworden sind. Bitte beachten Sie auch die unter XI.9. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.

	1. Person	2. Person
1. Bei Personen ab 6 Jahren: Körpergröße in cm und Körpergewicht in kg	cm kg	cm kg
2. Bestehen/bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden oder wurden in den letzten 3 Jahren von Ärzten oder anderen Therapeuten (z. B. Heilpraktikern, Physio-, Ergotherapeuten, Osteopathen, Logopäden, berufsmäßigen Lebens-, Ernährungs-, Erziehungsberatern, Heilern) Untersuchungen, Kontrollen, Beratungen oder Behandlungen durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
3. Bestehen chronische bzw. dauerhafte oder immer wieder auftretende Beschwerden/Krankheiten, organische oder körperliche Fehler (auch Kieferanomalien), Körperimplantate oder Prothesen (z. B. Brustimplantate oder künstliche Gelenke)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
4. Wird derzeit oder wurden in den letzten 2 Jahren ein Medikament wiederholt verordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Inhalationen, Spritzen, Salben, Infusionen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5. Sind Untersuchungen, Kontrollen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, eingeleitet oder finden solche derzeit statt (nicht anzugeben sind beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, grippale Infekte oder an dieser Stelle zahnärztliche Behandlungen)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
6. Für alle Geschlechter zu beantworten: Findet derzeit oder fand in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung, Behandlung oder Beratung wegen Sterilität oder wegen eines unerfüllten Kinderwunsches statt (z. B. durch Endometriose oder eingeschränkte Fruchtbarkeit)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7. Erfolgt in den letzten 5 Jahren stationäre oder teilstationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen in einem/r Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Kur- oder sonstigen Krankenanstalt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
8. Wurden in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische, psychoanalytische oder psychiatrische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, beabsichtigt, durchgeführt oder finden solche derzeit statt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
9. Bestand jemals oder besteht eine Medikamenten-, Drogen oder Alkoholabhängigkeit oder eine sonstige Suchterkrankung (z. B. Spielsucht)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
10. Wurde jemals Hepatitis oder eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt oder ist ein Hepatitis- oder HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
11. Sind Wehrdienstbeschädigungen, Arbeitsunfallverletzungen, Berufskrankheiten der Erwerbsminderungen anerkannt oder ist deren Anerkennung beantragt worden? Falls ja, bitte Bescheid beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
12. Besteht derzeit eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder bestand(en) in den letzten 3 Jahren ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit(en) von mehr als 14 Kalendertagen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
13. Name/Anschrift des Arztes/Therapeuten, der am besten über den Gesundheitszustand informiert ist. Falls keiner vorhanden, bitte den angeben, der zuletzt beraten, untersucht und/oder behandelt hat.		
14. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
15. Wie viele Zähne fehlen und sind nicht ersetzt worden (ohne Milch-/Weisheitszähne; ein vollständiger Lückenschluss muss nicht als fehlender Zahn angegeben werden)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.	Anzahl	Anzahl
16. Wurden in den letzten fünf Jahren zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen (u. a. Zahnersatz, Implantatversorgung, Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Inlayversorgung, Knirscherschienen, Aufbissbehelf) angeraten, beabsichtigt, erwogen, die noch nicht abgeschlossen sind, oder finden solche derzeit statt? Bitte ggf. Heil- und Kostenplan beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen 1. bis 10. und 16.	bitte folgende Seite 5 nutzen	bitte folgende Seite 5 nutzen

zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum



17. Ergänzende Angaben zu allen mit „Ja“ beantworteten Fragen VI. 1. bis 10. und 16.:

[illegible]

Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischer Behandlungsplan beiliegend:

☐ ja

Beschreibung der Behandlung beiliegend:

☐ ja

Unterlagen werden nachgereicht:

☐ ja

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer (bitte Person Nr. und Frage Nr. angeben):

Sofern der Platz nicht ausreicht, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Antragssteller und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag beizufügen.

Anlage beigefügt:

☐ ja

zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

VII. Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragsstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
- Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages (u. a. Bonitätsauskunft)
- Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten, Kundeninformation, Tarifbeschreibungen (Tarifblätter) und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen
- Die Seiten 1–11 dieses Antrages habe ich als Kopie erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



VIII. Schlusserklärungen und wichtige Hinweise hierzu (insbes. Einwilligung in die Datenverarbeitung und die Erhebung personenbezogener Daten)

Bevor Sie Ihre Unterschrift für diesen Antrag / Wunsch nach Versicherungsangebot leisten, überprüfen Sie bitte alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, und lesen Sie die Abschnitte „Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“ und „Hinweise“! Mit Ihrer Unterschrift geben Sie außerdem zu den nachstehenden Themenbereichen Erklärungen ab:

Bedeutung der wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen:

Ich weiß, dass der Versicherer seine Entscheidung zu dem hier angefragten Versicherungsschutz auf der Grundlage der Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen trifft und ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich keine oder nur geringe Bedeutung beimesse. Ich weiß, dass falsche, auch unvollständige Angaben einen ggf. zustande kommenden Versicherungsschutz gefährden, der dann sogar rückwirkend wieder entfallen kann.

Einwilligung in die gemeinsame Datenverarbeitung (diese freiwillige Erklärung ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Angebots- bzw. Antragsbearbeitung, Vertragsschluss und -durchführung):

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie Angaben, die zum Vertragsschluss gemacht wurden, in gemeinsamen Datensammlungen führen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung dieses Formulars vom Inhalt der Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages (u.a. Bonitätsauskunft) Kenntnis nehmen konnte, die mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen werden.

Auf Basis der vorgenannten Informationen willige ich freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar ein, dass der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer) über mich bei der infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden zum Zwecke der Begründung und Durchführung meines Vertragsverhältnisses mit dem Versicherer Wirtschaftsauskünfte über meine Zahlungsfähigkeit sowie mein Zahlungsverhalten einholen und nutzen darf.

Sofern ich diese Erklärung nicht abgebe oder aber vor Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufe, muss ich davon ausgehen, dass kein Vertragsschluss zustande kommt.

Ich willige ferner freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen bezüglich meiner Person verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis mit dem Versicherer stehendes Zahlungsverhalten an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich insoweit die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ein etwaiger Widerruf einer oder beider dieser Einwilligungen hat schriftlich gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg, zu erfolgen.

Datennutzung und -verarbeitung für Werbezwecke:

Im Rahmen eines bestehenden Versicherungsvertrags können Ihre personenbezogenen Daten auch ohne ausdrückliche Einwilligung zu Werbezwecken für Versicherungsprodukte der Landeskrankenhilfe genutzt werden. Dem können Sie jedoch jederzeit widersprechen.

- ☐ Darüber hinaus willige ich jederzeit widerrufbar ein, dass die Landeskrankenhilfe sowie deren Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungen und Vertragsdaten zu Werbezwecken für deren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte auch unabhängig vom Bestehen eines Versicherungsvertrages verarbeiten und nutzen dürfen.

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

- ☐ Telefon ☐ Mail

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (der genaue Wortlaut steht auf den folgenden Seiten unter „X. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“):

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Landeskrankenhilfe
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
- 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
- 2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes
3. Weitergabe von Gesundheitsdaten
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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

Bitte beachten Sie, dass Sie mit den nachfolgende(n) Unterschrift(en) alle in diesem Dokument enthaltenen Erklärungen (teilweise durch Ankreuzen auswählbar) abgeben und alle in diesem Antragsdokument unter den Punkten I. – XV. enthaltenen Informationen zur Kenntnis genommen haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Unterschrift der zu versichernden Person 1 (ab Alter 16)



Unterschrift des Versicherungsnehmers



Unterschrift der zu versichernden Person 2 (ab Alter 16)



Zusätzliche Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter



☐ Alleiniges Sorgerecht

Bestätigung des Vermittlers: Der Versicherungsnehmer (VN) hat eine Durchschrift/Kopie des Druckstücks erhalten.

Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Die Fragen zum Gesundheitszustand (Abschnitt VI.) wurden ausschließlich mit den dort gemachten Angaben vom VN bzw. von der zu versichernden Person beantwortet und eine Dokumentation gemäß § 60 ff. VVG wurde erstellt.

Vermittlerkontonummer

Unterschrift des Vermittlers



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum



X. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person(en)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 StGB geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. an unsere IT-Dienstleister oder Gutachter, weiterleiten zu dürfen.

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikoprüfung und zur Prüfung der Leistungspflicht

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

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

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde.

Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

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

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

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die Landeskrankehilfe 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 Landeskrankehilfe zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Landeskrankehilfe tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel den Druck unserer Vertragskorrespondenz, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach §203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Landeskrankehilfe Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.lkh.de eingesehen oder bei uns (Landeskrankehilfe V.V.a.G., Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg oder unter der hierfür eingerichteten Service-Telefonnummer: 04131 725-1320) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Landeskrankehilfe 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 Landeskrankehilfe dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Landeskrankehilfe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer

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 Landeskrankehilfe tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die Landeskrankehilfe 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.

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



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

XI. Hinweise

1. Gesonderte Angaben

Angaben, die Sie in diesem Formular nicht angeben möchten, sind unmittelbar und unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen, an die Landeskrankenhilfe schriftlich nachzureichen.

2. Verwendbarkeit der Angaben

Ihre Angaben sind die Grundlage für die Vertragserklärung der Landeskrankenhilfe. Daher ist die Landeskrankenhilfe darauf angewiesen, dass die Angaben wahrheitsgemäß und aktuell sind. Lassen Sie sich daher bei der Beantwortung der gestellten Fragen Zeit und überprüfen Sie Ihre Angaben danach noch einmal!

Ihre Angaben sind für uns nur verwertbar, wenn sie innerhalb **von einem Monat vor Eingang des Formulars** bei der Landeskrankenhilfe von Ihnen unterschrieben und damit bestätigt wurden. Die Landeskrankenhilfe behält sich vor, sich Ihre Angaben, insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand, erneut vor Abgabe einer Vertragserklärung bestätigen zu lassen.

3. Andere Versicherungen

Die Landeskrankenhilfe ist unverzüglich zu unterrichten und hat ggf. zuzustimmen, wenn für eine versicherte Person eine weitere Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht wird. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Landeskrankenhilfe nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, das Versicherungsverhältnis, das nicht der Pflicht zur Versicherung dient, fristlos zu kündigen und ist – ebenfalls nach Maßgabe des § 28 VVG – ganz oder teilweise leistungsfrei.

4. Wartezeiten

Es besteht die Möglichkeit, die Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten anzurechnen. Anrechenbar sind bei unmittelbarem Übertritt Versicherungszeiten in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (nur Vollversicherung) bzw. die Zeit des Anspruchs auf Heilfürsorge im öffentlichen Dienst.

5. Pflegepflichtversicherung

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.). Vom Gesamteinkommen sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

6. Vertragsänderungen im Rahmen der Krankenversicherungen

- Erhöhung des Krankentagegeldes bzw. des Krankenhaustagegeldes um maximal 50 Euro;
- Verkürzung der Karenzzeit des Krankentagegeldes;
- Einschluss von Pflegezusatztarifen;
- Umstellung in die besonderen Bedingungen für Schüler und Studierende.

XII. Besonderheiten zum Beitragsentlastungstarif

Um den Werterhalt des Tarifs zu gewähren, erhöht sich beginnend im Jahr 2028 alle drei Jahre aufgrund einer vereinbarten Dynamik der Entlastungsbetrag um 10 Prozent. Damit einher geht auch eine Anpassung des Beitrags. Die konkrete Ausgestaltung und Berechnung der Erhöhung sind den jeweils gültigen Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (BEA) zu entnehmen.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens zwei Monate vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung in Textform widerspricht. Über diese Rechtsfolge wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Erhöhungsmitteilung informieren.

XIII. Tipps zur Vermeidung von Rückfragen

Sie als Kunde oder Vermittler sowie wir als Versicherer sind gleichermaßen an einer zügigen Bearbeitung des Antrags und – wenn möglich – an einer schnellen Policierung interessiert. Dazu können Sie bereits bei der Antragsaufnahme entscheidend beitragen. Die Erfahrung zeigt, dass viele Rückfragen, die die Bearbeitung verzögern, die Einholung von Fragebögen, die auf bestimmte, häufig vorkommende Vorerkrankungen abzielen, und manchmal sogar Arztanfragen oder Arztbesuche vermieden werden, wenn bereits bei der Antragstellung auf genaue und vollständige Angaben zum Gesundheitszustand geachtet wird. Scheuen Sie sich nicht, auch so genannte „Kleinigkeiten“ oder „Nebensächlichkeiten“ aufzuschreiben.

Allgemeiner Hinweis

Legen Sie bitte bereits vorhandene Unterlagen, welche das Krankheitsbild näher beschreiben, direkt dem Antrag bei. Hierzu gehören:

- Heil- und Kostenpläne
- Kieferorthopädische Behandlungspläne
- Beschreibungen der Behandlung
- Arztberichte / Untersuchungsberichte
- Selbstauskünfte

7. Information zur Datenübermittlung von Vollversicherungsbeiträgen an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) sowie Ihr Recht auf Widerspruch

Gemäß § 39 Abs. 4a EStG ist der Versicherer gesetzlich dazu verpflichtet, dem Bundeszentralamt für Steuern die Höhe der arbeitgeberzuschussfähigen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie die steuerlich absetzbaren Anteile dieser Beiträge elektronisch zu übermitteln. Bei der Übermittlung werden auch die Vertragsdaten, das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen sowie deren Steueridentifikationsnummer angegeben.

Diese Daten dienen der Ermittlung der Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM) und damit als Grundlage sowohl für die eventuelle Gewährung eines Arbeitgeberzuschusses für die private Kranken- und Pflegepflichtversicherung als auch zur Bescheinigung für Aufwendungen gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG. Der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin bzw. der Dienstherr/die Dienstherrin kann die Lohnsteuermerkmale beim BZSt abrufen und bei der Gehaltsabrechnung verwenden.

Widerspruchsrecht

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, der Datenübermittlung an das BZSt mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise formlos zu widersprechen.

Hinweis: Nach erfolgtem Widerspruch hat der Gesetzgeber kein Ersatz-Papierverfahren vorgesehen. Der Anspruch auf einen eventuellen Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung und die Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen beim Lohnsteuerabzugsverfahren wären somit gefährdet.

8. Erläuterung zur Übermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beitragsanteile und zur Abfrage der Steueridentifikationsnummer

Die Übermittlung der steuerlich abzugsfähigen Versicherungsbeiträge erfolgt gemäß § 10 Abs. 2b EStG i. V. m. § 93c AO unter Angabe der Vertragsdaten, des Geburtsdatums des Versicherungsnehmers sowie der versicherten Person und der Steueridentifikationsnummern des Versicherungsnehmers und der versicherten Person nach dem amtlich vorgeschriebenen Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81 EStG) zur Weiterleitung an die Finanzbehörden.

Machen Sie keine Angaben zur Steueridentifikationsnummer, werden wir diese gemäß § 22a Abs. 2 EStG beim Bundeszentralamt für Steuern erfragen.

9. Gendiagnostik

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

10. Widerspruchsrecht nach Art. 21 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (Werbung)

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu den Produkten der Landeskrankenhilfe zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine solchen Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken jederzeit formlos widersprechen. Schicken Sie uns hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg oder gerne per E-Mail an: info@lkh.de.

Sofern Sie den Beitragsentlastungstarif abschließen möchten: Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der vorgenannten Regelung der automatischen Dynamik und Widerspruchsmöglichkeit im Beitragsentlastungstarif einverstanden.



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

XIV. Hinweise zur Krankenversichertennummer (KVNR)

Beschaffung der Rentenversicherungsnummer (RVNR) und Krankenversichertennummer (KVNR)

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigt der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. Ihre KVNR. Auch für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme (z. B. bei Brustimplantaten, Herzklappen, Hüftprothesen u. a.) wird nach dem Implantatregistergesetz eine KVNR benötigt.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, wird diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abgeglichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln.

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lässt der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. ruft diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogenen Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln: Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname, ggf. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggf. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggf. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer.

Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und Schweigepflichtentbindung

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungs-

erbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte. Bei einigen Anwendungen entscheidet der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., ob diese den Versicherten angeboten werden. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen. Für die bei Antragstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten kieferorthopädischen oder parodontalen Behandlungen besteht ein Leistungsausschluss.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können. Wenn Sie im Falle einer ungeplanten oder zeitkritischen Implantation noch nicht über eine KVNR verfügen, kann dies zu Verzögerungen führen.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – insbesondere der Rentenversicherungsnummer – ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer (KVNR) erforderlich ist. Ich entbinde die für den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Zusätzlich willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist. Ich entbinde die für den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Erklärung für vertretene Personen

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

Landeskrankenhilfe V.V.a.G. · Vorstand: Dr. Matthias Brake (Vors.), Pavel Berkovitch, Jan-Peter Diercks, Gisela Lenk
Aufsichtsrat: Dr. Wolfgang Walz (Vors.) · Handelsregister: Amtsgericht Lüneburg HRB 29 · Sitz: Lüneburg
Hausadresse: Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg · Postanschrift: 21332 Lüneburg · Tel. 04131 725-0 · Fax 04131 403402 · www.lkh.de



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

XV. Dienstleisterliste

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

Dienstleister	Art der Dienstleistung
AVAD e.V.	Auskünfte über Versicherungsvermittler
ACTINEO GmbH	Leistungsprüfung und -abrechnung
Campaign direct services Gütersloh GmbH	Druck-, Kuvertier- und Versandservice
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Telefonische Beratung von Versicherten und Dritten
Ernst Young GmbH	Revisionsleistungen
FT Fernmeldetechnik GmbH (FT-Hoffmann)	Telefondienstleister
Heym GmbH	Telefonzentrale, Wachdienst
IBM Deutschland GmbH, Ehningen	Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahme
Infoscore Consumer Data GmbH	Auskunftseinholung bei Antragstellung
Insiders Technologies GmbH	Digitaler Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb
Luware AG	Dienstleister für Contact-Center-Lösungen
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland)
MD Medicus Holding GmbH und MD Medicus Assistance GmbH	Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland, Auskünfte und Informationen zu medizinischen Dienstleistern im Inland, medizinische Beratung und Videosprechstunde, Terminvereinbarung bei niedergelassenen Ärzten im Inland, Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung)
Med X Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsprüfung und -abrechnung, Casemanagement, Risikoprüfung
MedCare Int. (USA)	Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
Microsoft Ireland Operations Ltd.	Telefon- und Kollaborationsdienstleister
Morgen & Morgen GmbH	Tarifvergleiche
PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit
RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen, systemtechnische Unterstützung bei der Risikoprüfung
Sanitätshaus Müller-Betten GmbH & Co.KG	Hilfsmittelversorgung
SPS Germany GmbH	Unterstützung 1 st -Level-Telefonie und Schriftwechselbearbeitung im Kunden- und Vertriebsservice

Kategorien von Dienstleistern	Art der Dienstleistung
Adressermittler	Adressprüfungen
Auskunfteien	Schuldnerrecherche
Berater/Trainer/Coaches	Personalgewinnung und -entwicklung
Druckdienstleister	Visitenkarten
Entsorgungsbetriebe	Dokumenten- und Datenträgervernichtung
IT-Dienstleister	Softwareentwicklung, Programmierung, Hard- und Softwareimplementierung/Wartung/Pflege
Medizinische Gutachter	Erstellung von medizinischen Gutachten, Beratungsleistungen
Postversanddienstleister	Sortierung und Versendung von Briefen und Gegenständen
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung

Landeskrankenhilfe V.V.a.G. · Vorstand: Dr. Matthias Brake (Vors.), Pavel Berkovitch, Jan-Peter Diercks, Gisela Lenk
Aufsichtsrat: Dr. Wolfgang Walz (Vors.) · Handelsregister: Amtsgericht Lüneburg HRB 29 · Sitz: Lüneburg
Hausadresse: Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg · Postanschrift: 21332 Lüneburg · Tel. 04131 725-0 · Fax 04131 403402 · www.lkh.de



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum