



HALLESCH *Zusatz*
EINFACH GUT
www.lueckeschliessen.de

Pflegefall – Olga hilft.

Pflege-Schutzbrief OLGA

Sichern Sie Ihr Vermögen und aktive Hilfe im Pflegefall.

Olga Romanowa war im 19. Jahrhundert die Schirmherrin der ersten Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die HALLESCHER, als Erfinder der Pflegeversicherung, bietet Ihnen heute mit »OLGA« Sicherheit im Pflegefall.



Erbschafts- und Vermögenssicherung

Mit dem Pflege-Schutzbrief sichern Sie die finanzielle Existenz für sich und Ihre Angehörigen und ebenso bedarfsorientierte Hilfe für die neue Situation innerhalb von 24 Stunden.

Pflege-Schutz:

- Bis zu 3.000,00 € im Monat extra – für professionelle Pflege und was Ihnen sonst noch lieb ist.
- Gleiche Leistung auch bei Pflege durch Ihre Angehörigen.
- 10 % Dynamisierung alle 3 Jahre möglich – auch im Leistungsfall.
- Option auf Höherversicherung ohne Gesundheitsprüfung – auch im Leistungsfall.
- Uneingeschränkter Geltungsbereich im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz.

Vom Pflegefall zum Sozialfall?

Die Leistung der gesetzlichen Pflegekasse reicht nicht aus, um die durchschnittlich anfallenden Kosten im Heim abzudecken. Immer mehr Pflegebedürftige werden zum Sozialfall.

Beispiel: Kosten für einen Monat in Pflegestufe (PS) III

Haus am Feuerbach, Stuttgart

Pflege/Unterkunft/Verpflegung	3.642,30 €
Maximale Erstattung durch gesetzl. Pflegekasse	-1.470,00 €
Rente/Vermögen	-1.000,00 €
Versorgungslücke/Monat	1.172,30 €
Versorgungslücke nach 8 Jahren	112.540,80 €

Kinder haften für ihre Eltern

Zur Deckung der Kosten prüft das Sozialamt auch das Vermögen des Ehepartners und der Kinder, die unterhaltspflichtig sind. Auch auf Ersparnis, Sachvermögen oder Grundbesitz der Angehörigen kann unter Umständen zugegriffen werden.

OLGA hilft mit 24-Stunden-Organisationsgarantie

Ein Anruf genügt und wir organisieren:

- Ihre Pflegekraft zur ambulanten Pflege.
- Haushaltshilfe, Hausnotruf- und Fahrdienste und vieles mehr.

Wählen Sie Ihre individuelle Absicherung

Pflege-Schutz	OLGA	OLGAaktiv	OLGAplus
100 % des versicherten Tagegelds (PS III)	✓	✓	✓
Bis zu 6.000,- € Soforthilfe	✓	✓	✓
Beitragsfreistellung ab PS III	✓	✓	✓
70 % des versicherten Tagegelds (PS II)		✓	✓
30 % des versicherten Tagegelds (PS I)			✓

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen nach Tarif OLGA ergibt.

HALLESCHE Leistungs-Garantie: Voller Schutz auch bei zukünftigen Gesetzesänderungen.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung 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.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHER Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

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. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. 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 Gefahrsicherung 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.

HALLESCHER

Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Monatlicher Beitrag in €:

Alter	OLGA				OLGAaktiv				OLGAplus			
	900,- €		1.500,- €		900,- €		1.500,- €		900,- €		1.500,- €	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
0-16	1,26	1,26	2,10	2,10	2,40	2,40	4,00	4,00	3,12	3,12	5,20	5,20
17-20	1,26	1,56	2,10	2,60	1,86	2,46	3,10	4,10	2,16	2,88	3,60	4,80
21	2,10	3,24	3,50	5,40	4,68	7,14	7,80	11,90	5,52	8,70	9,20	14,50
22	2,16	3,42	3,60	5,70	4,92	7,56	8,20	12,60	5,82	9,24	9,70	15,40
23	2,22	3,66	3,70	6,10	5,16	7,98	8,60	13,30	6,12	9,78	10,20	16,30
24	2,34	3,84	3,90	6,40	5,46	8,46	9,10	14,10	6,48	10,32	10,80	17,20
25	2,46	4,02	4,10	6,70	5,76	8,94	9,60	14,90	6,84	10,98	11,40	18,30
26	2,58	4,26	4,30	7,10	6,06	9,48	10,10	15,80	7,20	11,58	12,00	19,30
27	2,76	4,50	4,60	7,50	6,42	10,02	10,70	16,70	7,62	12,24	12,70	20,40
28	2,88	4,74	4,80	7,90	6,78	10,56	11,30	17,60	8,10	12,96	13,50	21,60
29	3,06	5,04	5,10	8,40	7,14	11,16	11,90	18,60	8,52	13,68	14,20	22,80
30	3,24	5,28	5,40	8,80	7,56	11,82	12,60	19,70	9,00	14,46	15,00	24,10
31	3,36	5,58	5,60	9,30	7,98	12,48	13,30	20,80	9,54	15,24	15,90	25,40
32	3,60	5,88	6,00	9,80	8,46	13,14	14,10	21,90	10,08	16,08	16,80	26,80
33	3,78	6,18	6,30	10,30	8,88	13,86	14,80	23,10	10,62	16,98	17,70	28,30
34	3,96	6,54	6,60	10,90	9,42	14,58	15,70	24,30	11,22	17,88	18,70	29,80
35	4,20	6,84	7,00	11,40	9,90	15,36	16,50	25,60	11,82	18,84	19,70	31,40
36	4,38	7,20	7,30	12,00	10,44	16,14	17,40	26,90	12,48	19,80	20,80	33,00
37	4,62	7,56	7,70	12,60	10,98	17,04	18,30	28,40	13,14	20,88	21,90	34,80
38	4,86	7,98	8,10	13,30	11,58	17,88	19,30	29,80	13,80	21,96	23,00	36,60
39	5,10	8,40	8,50	14,00	12,18	18,84	20,30	31,40	14,52	23,10	24,20	38,50
40	5,40	8,82	9,00	14,70	12,84	19,80	21,40	33,00	15,30	24,24	25,50	40,40
41	5,64	9,24	9,40	15,40	13,50	20,82	22,50	34,70	16,14	25,50	26,90	42,50
42	5,94	9,72	9,90	16,20	14,22	21,84	23,70	36,40	16,98	26,82	28,30	44,70
43	6,24	10,20	10,40	17,00	14,94	22,98	24,90	38,30	17,88	28,20	29,80	47,00
44	6,54	10,74	10,90	17,90	15,72	24,18	26,20	40,30	18,78	29,64	31,30	49,40
45	6,90	11,28	11,50	18,80	16,56	25,38	27,60	42,30	19,80	31,14	33,00	51,90

Alter	OLGA				OLGAaktiv				OLGAplus			
	900,- €		1.500,- €		900,- €		1.500,- €		900,- €		1.500,- €	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
46	7,26	11,82	12,10	19,70	17,46	26,70	29,10	44,50	20,82	32,76	34,70	54,60
47	7,62	12,48	12,70	20,80	18,36	28,08	30,60	46,80	21,96	34,44	36,60	57,40
48	8,04	13,08	13,40	21,80	19,32	29,52	32,20	49,20	23,10	36,24	38,50	60,40
49	8,46	13,74	14,10	22,90	20,40	31,08	34,00	51,80	24,36	38,10	40,60	63,50
50	8,94	14,46	14,90	24,10	21,48	32,70	35,80	54,50	25,68	40,08	42,80	66,80
51	9,42	15,24	15,70	25,40	22,68	34,38	37,80	57,30	27,06	42,18	45,10	70,30
52	9,90	16,02	16,50	26,70	23,94	36,24	39,90	60,40	28,56	44,46	47,60	74,10
53	10,44	16,92	17,40	28,20	25,26	38,16	42,10	63,60	30,18	46,80	50,30	78,00
54	11,04	17,82	18,40	29,70	26,70	40,26	44,50	67,10	31,92	49,38	53,20	82,30
55	11,64	18,78	19,40	31,30	28,26	42,48	47,10	70,80	33,72	52,08	56,20	86,80
56	12,30	19,80	20,50	33,00	29,88	44,82	49,80	74,70	35,64	54,96	59,40	91,60
57	13,02	20,88	21,70	34,80	31,62	47,34	52,70	78,90	37,74	58,02	62,90	96,70
58	13,74	22,08	22,90	36,80	33,48	49,98	55,80	83,30	39,96	61,32	66,60	102,20
59	14,58	23,34	24,30	38,90	35,46	52,86	59,10	88,10	42,36	64,86	70,60	108,10
60	15,42	24,66	25,70	41,10	37,62	55,92	62,70	92,20	44,94	68,58	74,90	114,30
61	16,02	25,56	26,70	42,60	39,48	58,62	65,80	97,70	47,70	72,66	79,50	121,10
62	17,04	27,06	28,40	45,10	42,00	62,10	70,00	103,50	50,64	76,98	84,40	128,30
63	18,12	28,68	30,20	47,80	44,64	65,82	74,40	109,70	53,88	81,60	89,80	136,00
64	19,26	30,42	32,10	50,70	47,52	69,90	79,20	116,50	57,36	86,58	95,60	144,30
65	19,92	31,38	33,20	52,30	49,26	72,12	82,10	120,20	59,40	89,40	99,00	149,00
66	21,24	33,36	35,40	55,60	52,56	76,74	87,60	127,90	63,42	95,04	105,70	158,40
67	22,68	35,46	37,80	59,10	56,22	81,72	93,70	136,20	67,80	101,22	113,00	168,70
68	24,24	37,80	40,40	63,00	60,12	87,12	100,20	145,20	72,48	107,88	120,80	179,80
69	25,92	40,32	43,20	67,20	64,38	93,06	107,30	155,10	77,64	115,26	129,40	192,10
70	27,66	43,14	46,10	71,90	69,00	99,54	115,00	165,90	83,16	123,30	138,60	205,50

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.



Pflege-Schutzbrief – Antrag

Name/Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Vermittlernummer

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

männlich (m) weiblich (w)

Telefon (freiwillige Angabe)

Fax (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung

Für mich oder Für:

Geburtsdatum (m) (w)

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif OLGA nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Versicherungsbeginn:

(Erläuterung siehe Rückseite)

01.
Monat Jahr

Pflege-Schutzbrief

Pflege-Schutz
Tarif OLGA
100 % Pflegestufe III

OLGAaktiv
100 % Pflegestufe III
70 % Pflegestufe II

OLGAplus
100 % Pflegestufe III
70 % Pflegestufe II
30 % Pflegestufe I

OLGA hilft
24-Stunden-Garantie

Gewünschtes Pflegegeld pro Monat: 900,- € 1.500,- €

3.000,- € (Doppelter Beitrag von 1.500,- € Pflegegeld)

Individuelles Pflegegeld pro Monat:

Monatsbeitrag

Widerrufliche Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen. (Der Mindestbeitrag beträgt 7,50 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.)

monatlich vierteljährlich

halbjährlich jährlich (3% Skonto)

Bank

Bankleitzahl

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)

Kontonummer

Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen. **Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf der Rückseite** und machen Sie umfassende Angaben.

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Sobald Sie eine Frage mit »ja« beantworten müssen, ist der Abschluss über diesen Antrag leider nicht möglich.

Für die genauere Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes reichen Sie uns dann bitte einen Antrag mit ausführlichen Gesundheitsangaben ein.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | nein | ja |
| 1. Ist der Body-Mass-Index größer als 30 (für Personen ab Eintrittsalter 16) bzw. größer als 25 (für Personen ab Eintrittsalter 10 bis 15)?
(Für diese Frage ist der Body-Mass-Index (BMI) für Personen ab Eintrittsalter 10 relevant. Dieser berechnet sich wie folgt: Teilen Sie das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter. Das Ergebnis bitte nochmals durch die Körpergröße in Meter teilen. Jetzt haben Sie den BMI-Wert - Beispielrechnung siehe unten.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen oder wurde ein Antrag auf Pflege-, Kranken-, Renten-, Unfall-, Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung von einem Versicherer aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten und/oder fanden deswegen Behandlungen statt: Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, des Gefäßsystems, des Herzens, der Nieren, chronische Lungenerkrankung, chronische Lebererkrankung, medikamentös behandelter Bluthochdruck, bösartige Tumore, Leukämie, Muskelschwund, Osteoporose, Gelenkarthrosen, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Demenz, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder HIV-Infektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50%? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beispiel für die Berechnung des BMI-Wertes:

Die zu versichernde Person mit dem Eintrittsalter 30 Jahre hat eine Körpergröße von 1,80 m und ein Gewicht von 75 kg.

$75 : 1,80 = 41,67 : 1,80 = \text{BMI-Wert von } 23,15$

Die Frage muss in diesem Beispiel mit »nein« beantwortet werden, da der BMI-Wert unter 30 liegt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte teilen Sie uns mit, wie Ihre Angaben zum Vertragsschluss und im Leistungsfall ggf. geprüft werden sollen. **(Erklärung zur Schweigepflichtentbindung siehe Rückseite.)**

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung für ein beschleunigtes Verfahren (jederzeit abänderbar) Einzelfall-Schweigepflichtentbindung für jede Anfrage

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht, außerdem in den vergangenen 36 Monaten ein ununterbrochener Versicherungsschutz in einem bzw. mehreren der folgenden Länder Deutschland, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz oder Spanien bestand und das versicherte Pflegegeld zusammen mit anderen bestehenden Pflegezusatzversicherungen 3.000,- € monatlich nicht überschreitet.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite des Antrages, da diese auch die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf der Rückseite.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers und ggf. der zu versichernden Person auf alle obigen Erklärungen (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigefügt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHER Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHER Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHER Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHER Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHER Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Zur Beurteilung der Leistungspflicht können, falls erforderlich, Daten an beauftragte Ärzte und Gutachter weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient und für Beratungstätigkeiten erforderlich ist, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an den für mich zuständigen Vermittler weitergibt.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Gesellschaften und der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Das Merkblatt ist Bestandteil der Verbraucherinformation und wird mir rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung – auf Wunsch auch sofort – überlassen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Versicherungsabschlusses überprüft.

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung (erste Variante): Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten und Pflegeheimen, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über den Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Ergeben sich nach Vertragsschluss konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflicht für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Die HALLESCHER Krankenversicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Einzelfall-Schweigepflichtentbindung (zweite Variante): Eine dauerhafte Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Variante zur Verzögerung der Antragsprüfung bzw. der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung nicht vornehmen lassen bzw. die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und dieser Hinweis in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die HALLESCHER Krankenversicherung aG, 70166 Stuttgart, Hausanschrift: Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 05-5 35

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

70166 Stuttgart

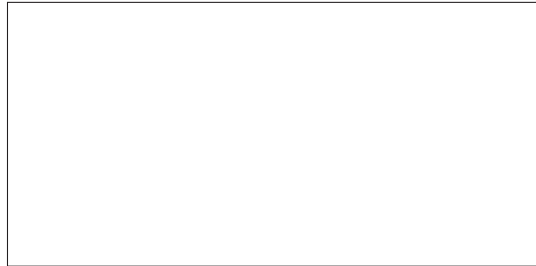
service@hallesche.de · www.hallesche.de

ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern

Einfach ausgezeichnet!



Wir sind für Sie da!



HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de

ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern