

Sondervereinbarung aufgrund finanzieller Belastung wegen COVID-19 (Corona)

Versicherungsnummer(n)

12153

Die Beantragung ist bis zum 30.06.2020 (Eingang SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.) möglich.

Aktionskennzeichen (AKZ)

202021, 202024 und 202026

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Maßnahmen zu Leistungsreduzierungen bzw. zur Einschränkung des Versicherungsschutzes führen!

Versicherungsnehmer

| | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herr | Name, Vorname | Geburtsdatum | |
| <input type="checkbox"/> Frau | Straße Hausnummer | PLZ Wohnort | |

Für die aufgeführten Personen wird folgende Sondervereinbarung zum beantragt:

Die Sondervereinbarung kann jeweils zum 1. eines Monats beantragt werden - frühestens zum 01.04.2020, spätestens zum 01.06.2020.

- Umstellung in den Tarif (R-)START für 6 Monate (wenn Tarife der Marke SIGNAL IDUNA bestehen)** AKZ 202021
- Umstellung in den Tarif Esprit MX für 6 Monate (wenn Tarife der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung bestehen)**
Für diese Umstellung erfolgt keine Gesundheitsprüfung. Nach 6 Monaten erfolgt – ebenfalls ohne Gesundheitsprüfung – die Rückumstellung in den bisherigen Versicherungsschutz. Aufgrund der Umstellung ergeben sich Leistungseinschränkungen (siehe hierzu die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III zum Tarif START bzw. Esprit MX).

| Vor- und Nachname | Geburtsdatum | bisherige(r) Tarif(e) Voll-KV | Monatsbeitrag Tarif START* bzw. Esprit MX* in EUR |
|---|--------------|-------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Monatlicher Gesamtbeitrag in EUR | | | |

Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der deutschen Versicherungsteuer befreit.

Bei einem längeren Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen.

* UNISEX / BISEX analog Ausgangstarif

- Beitragsfreistellung der besonderen Bedingungen zur Beitragsentlastung (peB) für 6 Monate** AKZ 202024
- Beitragsfreistellung der Sonderbedingungen für die Beitragsenkung (BSA) für 6 Monate**
Diese Beitragsfreistellung ist nur in Verbindung mit der befristeten Umstellung auf den Tarif START oder Esprit MX möglich. Alternativ kann eine Senkung des Entlastungsbetrages beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Anträge zu nutzen.

| Versicherte Personen Vor- und Nachname | Geburtsdatum |
|---|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

- kleine Anwartschaftsversicherung (AWV) zur Krankenversicherung befristet für 6 Monate** AKZ 202026
(grundsätzlich nur möglich für Krankenhaustagegelder, Krankentagegelder, stationäre Wahlleistungstarife sowie Ergänzungstarife zur GKV - siehe auch Hinweis auf Seite 4).
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teile I, II und III der jeweiligen Tarife sowie die AVB für die Anwartschaftsversicherung. Bei einer kleinen AWV werden im AWV-Zeitraum keine anrechenbaren Werte angesammelt.

| Vor- und Nachname | Geburtsdatum | Tarife | AWV-Monatsbeitrag in EUR |
|---|--------------|--------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Monatlicher Gesamtbeitrag in EUR | | | |

Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der deutschen Versicherungsteuer befreit.

Bei einem längeren Auslandsaufenthalt kann ausländische Versicherungsteuer anfallen.

Sonstiges

Besondere Hinweise

Diese Maßnahmen erfolgen auf der Grundlage des bestehenden Vertrages. Die Vertragsgrundlagen und -bestandteile gelten unverändert fort. Art und Form der Beitragszahlung (z. B. monatliche Lastschrift) bleiben unverändert. Diese Maßnahmen sind jeweils auf 6 Monate befristet. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird der bisherige Versicherungsschutz wieder fortgeführt bzw. aktiv. Eine vorzeitige Rückkehr in den bisherigen Versicherungsschutz kann nur mit einer Gesundheitsprüfung erfolgen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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, z. B. Assistance-Partner oder für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätige andere Dienstleistungsunternehmen 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 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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

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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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. Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht in jedem Fall selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 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.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 135-4638

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Eine Zweitschrift dieser Sondervereinbarung (Seiten 1 bis 3) habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

| | | |
|----------------------|----------------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Unterschrift Versicherungsnehmer | Unterschrift der zu versichernden/versicherten Person(en) |

Empfangsbestätigung für die Umstellung auf Tarif START oder Esprit MX

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Informationen, die Dienstleisterliste, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung vor Antragstellung in Textform erhalten.

| | |
|----------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unterschrift Antragsteller | Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist. |

Empfangsbestätigung für die Anwartschaftsversicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der zum Zeitpunkt der Beantragung gültigen Fassung habe ich vor Antragstellung in Textform erhalten. Diese gelten mit Zugang des Versicherungsscheines als vereinbart.

| | |
|----------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unterschrift Antragsteller | Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist. |

Wichtiger Hinweis

Kleine Anwartschaftsversicherung (AWV) befristet für 6 Monate.

Im Rahmen dieser Maßnahme ist für die nachstehend aufgeführten Tarife eine kleine AWV **nicht** möglich.

| Marke | Tarife |
|-------------------|--|
| SI und DRK | AmbulantBASISpur, AmbulantSTARTpur, AmbulantPLUSpur, KlinikUNFALLpur, KlinikSTARTpur, KlinikPLUSpur, KlinikTOPpur, KlinikTOP1pur, ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUSpur, ZAHNTOPpur, PflegeTOP, PflegeBAHR, PflegeBAHRPLUS |
| SI | AKUT, flexSI, flexSI-B, flexSIprivat, PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, VORSORGE, ZAHN, ZAHN PRO, peB, EPT, F, KlinikUNFALL, KUG, PT, PTE(E), PT(E) (alt), PTG, PTGS, RL, ST(A), AmbulantTOPpur, OSG2V, R-Tarife, BA-Tarife, Z4, Z5, Z8, (E)KH(A), KHB, (E)KHK, KHO, (E)KT, (E)KTS, ZA, GS2-G, GS3-G, (E)TA-G, (E)KHT-G, AD-G, PM, AD |
| DRK | 500, 501, Futura, futura z, BSA, Smile, careA+(pur), careS+(pur) Ausbildungstarife |

Im übrigen gelten die normalen AWV-Prozesse unverändert.

| Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe | | | | | | |
|--|--------------|---------|-------------|---------|---------|--------|
| GD-Nr. | Betreuer-Nr. | Antr-GD | Antrags-Nr. | Ext-Nr. | | VB |
| ADVNR 1 | | Teil 1 | ADVNR 2 | Teil 2 | ADVNR 3 | Teil 3 |