

An
 Care Concept AG
 Postfach 30 02 62
 53182 Bonn

Versicherte Person: Name, Vorname: Geb.:
 Versicherungsscheinnummer: (bitte stets angeben)

Zur Anmeldung von Leistungsansprüchen übersende ich die folgenden, angekreuzten Unterlagen:

Angaben, warum ich um eine Erstattung der entstandenen Kosten bitte:
 - z.B. Datum der Erkrankung / des Unfalls, Art der Krankheit, Diagnosen – ggf. ein gesondertes Blatt beifügen

- Bei Schwangerschaft: Vollständige Kopie des Mutterpasses
- Im Todesfall : Kopie der Sterbeurkunde
- Nachweis zum Beginn des Auslandsaufenthaltes (z.B. Kopie Einreisenachweis Pass, Flugticket, etc.)
- Bedingungsgemäß erforderliche Nachweise zur Versicherungsfähigkeit in Kopie (z.B. Aufenthaltstitel, Au-pair-Vertrag etc.)
- Bei Auslandsaufenthalt als Au-pair, Sprachschüler etc. Nachweise über Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
- Soweit ein anderer Versicherer in Anspruch genommen wurde:
 Letztes Abrechnungsschreiben des oder der weiteren in Anspruch genommenen Versicherer
- Folgende Originalrechnungen:

lfd. Nr.:	Aussteller:	Rechnungsnummer:	Rechnungsdatum:	Betrag:	Bereits bezahlt am:

(sofern Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite benutzen)

Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich):	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	
Bankinstitut	
BIC / SWIFT-Code	
IBAN	
Kontoinhaber	

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers oder seines – gesetzlichen – Vertreters)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers noch einige Angaben.
Wir bitten Sie daher, das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

Versicherungsscheinnummer _____ **(bitte immer angeben)**

1. Angaben zur betroffenen Person

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name:		
Vorname:		
Aktuelle Anschrift:	Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____	
Vollständige Anschrift des Hauptwohnsitzes im Heimatland:	Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____	
E-Mail-Adresse:		
Staatsangehörigkeit(en):		
Telefon:		
Telefon (mobil):		

2. Angaben zum Auslandsaufenthalt:

Beginn des Aufenthaltes:	(bitte fügen Sie eine vollständige Kopie Ihres Reisepasses, Visums oder sonstige qualifizierte Nachweise z.B. Ticketkopien, Tankbelege etc. bei)			
Geplantes Ende des Aufenthaltes:				
Aufenthaltsland:				
Reisegrund:	<input type="checkbox"/> Sprachschüler / Student (weiter mit 2.1.)	<input type="checkbox"/> Au-pair (weiter mit 2.2.)	<input type="checkbox"/> berufliche Tätigkeit (weiter mit 2.3.)	<input type="checkbox"/> sonstiges (weiter mit 2.4.)

2.1. Auslandsaufenthalt als Sprachschüler / Student

Hauptgrund des Auslandsaufenthaltes:	
Ich habe an folgenden Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen:	(bitte fügen Sie geeignete Nachweise, wie Immatrikulationsbescheinigungen, Teilnahmebestätigungen etc. bei)

2.2. Auslandsaufenthalt als Au-pair

Hauptgrund des Auslandsaufenthaltes:	
Ich habe als Au-pair an folgenden Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen:	(bitte fügen Sie geeignete Nachweise, wie Teilnahmebestätigungen etc. bei)

2.3. Auslandsaufenthalt wegen beruflicher Tätigkeit

Grund des Auslandsaufenthaltes:		
Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers:	_____	
Die geltend gemachten Ansprüche stehen in Zusammenhang mit meiner beruflichen Tätigkeit: (z.B. Arbeitsunfall, beruflich erlittene Erkrankung etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2.4. Auslandsaufenthalt aus sonstigem Grund:

Grund des Auslandsaufenthaltes:	
---------------------------------	--

3. Angaben zum Versicherungsfall:

(Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen, ärztliche Verordnungen etc. im **Original** ein. Falls eine Vorleistung z.B. durch eine gesetzliche Krankenkasse oder einen anderen Kostenträger erfolgt, genügt auch eine Kopie mit einem Erstattungsvermerk. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichtes bei.)

Die ärztliche Behandlung erfolgte wegen	
Krankheit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.1.)
Zahnbehandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.2.)
Unfall:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.3.)
Behandlung Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.4)
Vorsorgeuntersuchung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Impfung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3.1. ärztliche Behandlung wegen Krankheit:

Die Behandlung erfolgte wegen:	(bitte beschreiben Sie die gesundheitlichen Probleme mit eigenen Worten) _____
Die Beschwerden traten erstmals auf am:	
Die Beschwerden wurden behandelt durch: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)	1. _____ 2. _____ 3. _____
Wegen der Erkrankung wurde ich bereits vor Reiseantritt behandelt bzw. es handelt sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit oder die Folge eines vor Reiseantritt erlittenen Unfalls:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): _____ _____
Wer ist oder war in den letzten 12 Monaten vor Beginn Ihres Auslandsaufenthaltes Ihr Haus- / Facharzt: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; Maiadresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)	1. _____ 2. _____ 3. _____
Hatten Sie vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Beschwerden, Krankheiten oder Gebrechen, die nicht ärztlich behandelt wurden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei):

3.2. ärztliche Zahnbehandlung:

Die Behandlung erfolgte wegen:	(bitte beschreiben Sie die gesundheitlichen Probleme mit eigenen Worten) _____
Die Beschwerden traten erstmals auf am:	
Die Beschwerden wurden behandelt durch: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)	1. _____ 2. _____ 3. _____

Wegen der Probleme am selben Zahn / an denselben Zähnen wurde ich bereits vor Reiseantritt behandelt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei):
Wer ist oder war in den letzten 12 Monaten vor Beginn Ihres Auslandsaufenthaltes Ihr Zahn- / Haus- / Facharzt: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)	1. 2. 3.
Hatten Sie vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Zahnbeschwerden, die nicht ärztlich behandelt wurden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei):

3.3. Behandlung wegen der Folgen eines Unfalls

Angaben zum Unfall	
Schadentag:	
Uhrzeit:	
Schadenort:	
Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle: Anschrift: _____ Aktenzeichen:
Schilderung / Skizze: (ggf. gefertigte Fotos bitte beifügen)	
Angaben bei Unfallverursachung durch einen Dritten	
Vollständige Anschrift des Unfallverursachers:	Straße: _____ Postleitzahl (Postcode): _____ Hausnummer: _____ Ort: _____ Land: _____
Ansprüche wurden angemeldet:	<input type="checkbox"/> nein, weil _____ <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Weitere Angaben:	
Art und Umfang der Verletzung:	Art (z.B. Prellung): _____ Umfang (z.B. ganzer Körper): _____
Stationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis _____

Behandelnder Arzt:	Die erste Behandlung erfolgte durch:	Die weitere Behandlung erfolgte durch:
	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____
Meldung bei einer Berufsgenossenschaft:	<input type="checkbox"/> nein, weil _____	<input type="checkbox"/> ja, bei Name: _____ Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

3.4. Schwangerschaftsbehandlung:

Die Schwangerschaft wurde festgestellt am:	
Die Schwangerschaft wurde festgestellt in der Schwangerschaftswoche:	(bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen)
Die Behandlung erfolgte wegen:	<input type="checkbox"/> Vorsorge- / Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> Beschwerden / vorzeitige Wehentätigkeit <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Entbindung
Die ersten Beschwerden traten auf:	
Die erste ärztliche Behandlung erfolgte am:	
Nennen Sie bitte alle Sie in Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft behandelnden Ärzte: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)	1. _____ 2. _____ 3. _____

4. Ergänzende Angaben bei Todesfall:

Datum des Versterbens:	
Todesursache: (bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei)	

5. Angaben zu weiteren Versicherungen:

Es besteht weiterer Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte: (z.B. über eine Kreditkarte, wie EuroCard, VISA; AmEx) über eine Mitgliedschaft (ADAC, ASB, DRK oder eine andere Vereinigung mit Rettungsleistungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und Name des Kreditinstituts bzw. Rettungsdienstes angeben)
Es besteht weiterer Krankenversicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenkasse, private Krankenkasse (auch Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Name, Anschrift und Vertragsnummer angeben)
Die eingereichten Unterlagen wurden noch bei einer anderen Versicherung eingereicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Name, Anschrift angeben und letztes (Abrechnungs-) schreiben beifügen)

6. Auszahlungsbestimmungen

Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an: (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	
Bankinstitut	
BIC / SWIFT-Code	
IBAN	
Kontoinhaber	

Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe:

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege / Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Ende der Belehrung

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Schlussfolgerungen:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige und / oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Absatz 4 des VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen / weiteren Leistungspflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Versicherungsnehmer)

_____ und _____
(Unterschrift versicherte Person oder deren
gesetzlichen Vertreter)

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen – im Folgenden „der Versicherer“ genannt) sowie wir als dessen Partner, die Care Concept AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein bzw. die evtl. Leistung evtl. nicht fällig werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn ein 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 den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls im dafür erforderlichen Umfang mit den von mir im Antrag benannten früheren Versicherern bzw. mit ihren eigenen Datenbeständen abgleichen dürfen um meine Angaben überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen zu können.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- **in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht sowie zu einer fehlenden Fälligkeit der evtl. Leistung führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer oder dessen Partner, die Care Concept AG, konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherten sowie dessen Partner, Care Concept AG, 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. zu 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 des Versicherten

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, verpflichten die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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. Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, 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 der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, 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 den Versicherten und die Care Concept AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherten und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogener Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der Versicherte und die Care Concept AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, – meine Gesundheitsdaten an die unter dem nachfolgenden

Link: https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php

genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherte und die Care Concept AG dies tun dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können der Versicherte und deren Partner, Care Concept AG, 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 der Versicherte bzw. die Care Concept AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherungen 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 Rückversicherungen den Versicherten bzw. die Care Concept AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherte und deren Partner, die

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Care Concept AG, **das Risiko bzw.** den Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit die 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 den Versicherer bzw. die Care Concept AG 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 den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbst- ständige 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 der Versicherer sowie dessen Partner, die Care Concept AG, 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 bei Nichtzustandekommen des Vertrages

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern der Versicherer und die Care Concept AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten z.B. für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und dessen Partner, der Care Concept AG, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



5. Weitere Erklärungen, Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Empfangsberechtigung bezüglich der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

Zustimmung betreffs werblicher Maßnahmen

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar kann ich daher durch Auswahl einer entsprechenden Option darin einwilligen, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

(Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch/organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

Schriftverkehr

Sie sind damit einverstanden, dass wir bzw. unsere Vertriebspartner Ihnen Unterlagen in einer nicht verschlüsselten E-Mail zuschicken. Es erfolgt keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Die E-Mail-Adresse haben Sie uns hierzu mitgeteilt. Unterlagen können zum Beispiel Dokumente zu einem Angebot oder Antrag sein. Wir dürfen Ihnen Inhalte und Dateien unverschlüsselt zuzusenden. Es kann sein, dass Gesundheitsdaten oder andere nach § 203 StGB geschützte Daten betroffen sein. In diesem Fall haben Sie uns oder unseren Vertriebspartner und die jeweiligen Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden. Diese Vereinbarung gilt für alle E-Mails und Unterlagen bis zum Vertragsschluss.

Damit gehen Risiken einher. Über diese sind Sie vorher mündlich oder telefonisch aufgeklärt worden. Besonders darüber, dass diese E-Mail dem Versand einer Postkarte gleicht. Jeder, der sie „in die Hand“ bekommt kann sie problemlos lesen. Dies gilt auch für Ihre Gesundheitsangaben oder Bankverbindungsdaten im Antrag oder Angebot. Anhänge, Inhalte und Absenderadressen könnten durch Dritte unbemerkt verändert werden. Deswegen kann für die Richtigkeit einer E-Mail nicht garantiert werden. Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, teilen Sie und dies unverzüglich mit.

Diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie zu jeder Zeit widerrufen: Formlos, ganz oder nur teilweise, ohne Angabe von Gründen. Wenden Sie sich dazu an uns oder unseren Vertriebspartner. Unsere Kontaktdaten erhalten Sie unter:

[https://www.care-concept.de/wir ueber uns/impressum.htm](https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/impressum.htm)

Soweit Sie eine E-Mail erhalten, sind die Kontaktdaten in dieser angegeben. Wenn Sie widerrufen, erhalten Sie die Informationen per Post, Telefax oder E-Mail-Verschlüsselungsverfahren.

Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:

Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.

- Für den Tarif Care College:

Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" Programm.

- Für den Tarif Care Visa Protect:

Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.

- Für den Tarif Care Science:

Ich bin chinesischer Stipendiat.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.