

# Antrag

## Krankenversicherung und Pflegeversicherung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

## Auslandsreisekrankenversicherung

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

# Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar (innerhalb von 3 Tagen) gegenüber der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta nachzuholen; bitte weisen Sie dann in diesem Formular auf die beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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

### 3. Vertragsänderung

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

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die 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.

# Wichtige Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen

## Beratungs- und Informationspflichten

Der Versicherer bzw. Ihr Versicherungsvermittler hat Sie grundsätzlichlich vor Antragstellung ausführlich zu beraten und die Beratung zu dokumentieren. Etwas anderes gilt nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen, z. B. gesonderter Verzichtserklärung Ihrerseits. Darüber hinaus sind Ihnen, rechtzeitig vor Antragstellung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen in Textform mitzuteilen. Nehmen Sie sich vor Unterzeichnung Ihrer Vertragserklärung bitte ausreichend Zeit, diese Unterlagen zur Kenntnis zu nehmen.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

### Widerrufsrecht

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 Versicherungsvertragsgesetzes 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: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta / Postfach 1363, 49362 Vechta. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0441 905-470.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. 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.

### Besondere Hinweise

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

### Ende der Widerrufsbelehrung

## Zustandekommen des Vertrages

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

## Mindestvertragsdauer

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

## Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert sein, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt. Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind,
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
  - bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
  - bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten.
- Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58 des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a), b) oder c) versichert war.

## Nebenabreden

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

## Aufsichtsbehörde

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

## Gesetzlicher Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

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

# ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

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

Neuantrag  
 Änderungsantrag

Versicherungsnummer:

Antrag auf Abschluss einer  
Auslandsreisekrankenversicherung Tarif AK

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

Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegepflicht-/Auslandsreisekrankenversicherungsvertrages für nachstehend aufgeführte Personen mit den jeweils bezeichneten Tarifen:

## Zu versichernde Personen

| Pers. | Vor- und Zuname<br>(Falls abweichende Adresse, bitte angeben) | Geburtsdatum |    |    | Geschl.<br>m/w/d | Derzeitige berufliche Tätigkeit? | seit wann? | Vers.-<br>Beginn |
|-------|---|--------------|----|----|------------------|----------------------------------|------------|------------------|
|       |   | TT           | MM | JJ |                  |                                  |            |                  |
| 1     |   |              |    |    |                  |                                  |            |                  |
| 2     |   |              |    |    |                  |                                  |            |                  |

## Tarifbezeichnungen und Monatsbeiträge

| Pers. | Tarif | Euro  |       | Euro  |       | Euro  |       | Euro |  | Zuschlag gem.<br>§ 149 VAG | Tarif AK | Euro |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--|----------------------------|----------|------|
|       |       | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif | Tarif |      |  |                            |          |      |
| 1     |       |       |       |       |       |       |       |      |  |                            |          |      |
| 2     |       |       |       |       |       |       |       |      |  |                            |          |      |

Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro

## Zahlweise

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

## Für alle Tarife

|  | Pers. 1 |      | Pers. 2 |      |  |
|--|---------|------|---------|------|--|
|  | ja      | nein | ja      | nein |  |
| Besteht/bestand eine gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung?  |         |      |         |      | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____<br>Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____   |
| Besteht/bestand eine private Kranken-/Pflegeversicherung oder wurde sie beantragt?   |         |      |         |      | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____<br>Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____   |
| Besteht Anspruch auf Beihilfe?   |         |      |         |      | Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____<br>Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____   |
| Besteht Anspruch auf Freie Heilfürsorge?   |         |      |         |      | Pers. 1: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____<br>Pers. 2: Wenn ja, von <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land _____   |
| <b>Beitragsrückstand beim Vorversicherer:</b><br>Besteht für den Antragsteller oder eine zu versichernde Person bei dem bisherigen Krankenversicherer ein Beitragsrückstand? |         |      |         |      | Wenn ja: Ich bin damit einverstanden, dass die ALTE OLDENBURGER hinsichtlich meiner Angabe zum Beitragsrückstand beim Vorversicherer ggf. Nachfrage bei meiner Vorversicherung hält, und entbinde sie zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. |
| Nur für Beamtenanwärter- und Ausbildungstarife:<br>Voraussichtliches Ausbildungs- oder Studienende?  |         |      |         |      | Pers. 1: _____<br>Pers. 2: _____   |

## Nur für Krankentagegeldtarife

|   | Pers. 1 |      | Pers. 2 |      |  |
|---|---------|------|---------|------|--|
|   | ja      | nein | ja      | nein |  |
| Besteht/bestand Anspruch auf Kranken(tage)geldversicherung bei einer gesetzlichen/privaten Krankenversicherung oder wurde sie beantragt?              |         |      |         |      | Pers. 1: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____<br>Pers. 2: Wenn ja, von _____ bis _____ bei _____ |
| Wie hoch ist Ihr Ø Nettoeinkommen pro Jahr?   |         |      |         |      | Pers. 1: _____ Pers. 2: _____  |
| Nur für Selbstständige und Freiberufler:<br>Selbstständig/freiberuflich seit?<br>Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie?                              |         |      |         |      | Pers. 1: Seit _____ Anzahl Mitarbeiter _____<br>Pers. 2: Seit _____ Anzahl Mitarbeiter _____       |
| Nur für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH: Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall? |         |      |         |      | Pers. 1: _____ Tage/ _____ Wochen<br>Pers. 2: _____ Tage/ _____ Wochen                             |

<sup>1</sup> Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz



| Nur für Zahntarife  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
|---|--|---------|------|---------|--|------|---------|---------|--|
|   |  |         |      |         | Pers. 1  |      | Pers. 2 |         |  |
|   |  |         |      |         | ja   | nein | ja      | nein    |  |
| 14. Besteht/bestand eine ärztlich festgestellte Parodontose?  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| 15. Besteht/bestand eine Zahnfehlstellung/Kieferfehlstellung?<br>Wenn ja, nähere Angaben:<br>Person 1: _____<br>Person 2: _____   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| 16. Ist ein Aufbissbehelf/Schiene vorhanden oder ist eine solche Maßnahme beabsichtigt oder angeraten?  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| 17. Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder sind nachstehend genannte Behandlungen/Maßnahmen eingeleitet/empfohen?<br>Wenn ja, Fragen a) - g) beantworten und Heil- und Kostenplan beifügen! |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| a) Zahnbehandlung   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| b) Zahnersatz/Implantat(e)  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| c) Zahn- oder Kieferregulierung   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| d) Parodontosebehandlung  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| e) Zahn- oder Kieferoperation   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| f) On- oder Inlay(s)  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| g) Verursacht der Zahnersatz Beschwerden oder ist er beschädigt bzw. reparaturbedürftig?  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
|   |  |         |      |         | Pers. 1  |      | Pers. 2 |         |  |
| 18. Anzahl der nicht ersetzten fehlenden Zähne (ohne Weisheitszähne)?<br>Bitte fehlenden Zahn/fehlende Zähne benennen.  |  |         |      |         | Anzahl   |      |         |         |  |
|   |  |         |      |         | Nummer   |      |         |         |  |
|   |  | Pers. 1 |      | Pers. 2 |  |      |         |         |  |
|   |  | ja      | nein | ja      | nein   |      |         |         |  |
| 19. Sind Zahnersatz oder Inlays vorhanden?  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
|   |  |         |      |         | Wenn ja, Fragen a) - e) beantworten  |      |         |         |  |
| a) Herausnehmbare Prothese(n)   |  |         |      |         | Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____<br>Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ |      |         |         |  |
| b) Brücke(n)  |  |         |      |         | Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____<br>Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ |      |         |         |  |
| c) Krone(n)/Veneers   |  |         |      |         | Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____<br>Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ |      |         |         |  |
| d) On-/Inlay(s)   |  |         |      |         | Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____<br>Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ |      |         |         |  |
| e) Implantat(e)   |  |         |      |         | Pers. 1: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____<br>Pers. 2: Anzahl: _____ Wann eingesetzt? _____ |      |         |         |  |
|   |  |         |      |         | Pers. 1  |      |         | Pers. 2 |  |
| 20. Letzte Zahnarztbehandlung bzw. -untersuchung  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| Datum   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| Grund?  |  |         |      |         |  |      |         |         |  |
| Name/Anschrift des Zahnarztes   |  |         |      |         |  |      |         |         |  |

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

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

Die gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen. Zur Prüfung von Beitragsrückständen bei meiner Vorversicherung habe ich diese auf Seite 4 von der Schweigepflicht entbunden.

Zur Bearbeitung des Antrags ist es weiterhin erforderlich, die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung auf den Seiten 8 und 9 abzugeben.

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

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

X

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

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

Gläubiger-Identifikationsnummer DE29ZZZ00000227009

Mandatsreferenz: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

### SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Zahlungen für die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und ggf. für die Auslandsreisekrankenversicherung bei dem ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor- und Zuname des Kontoinhabers

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Land

Name des Kreditinstituts

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) des Kontoinhabers

X

## Information zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden

### (nur bei Antragstellung einer Krankheitskostenvoll- und/oder Pflegepflichtversicherung)

Wir sind gemäß § 10 Abs. 2b EStG dazu verpflichtet, die steuerlich abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und/oder Pflegepflichtversicherung mit den hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten (Name, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete und ggf. erstattete Beiträge) jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres an die Finanzbehörden zu übermitteln. Hierfür benötigen wir Ihre Steueridentifikationsnummer und die jeder weiteren mitversicherten Person. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, benötigen wir zusätzlich das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers.

Wenn Sie uns die Steueridentifikationsnummer nicht mitteilen, sind wir gemäß § 22a Abs. 2 EStG dazu berechtigt, Ihre Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen und zu verwenden.

Steueridentifikationsnummer aller zu versichernden Personen:

Steuer-ID Pers. 1

Steuer-ID Pers. 2

Steuer-ID Antragsteller/in (falls nicht zu versichernde Person)

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

**Sollten Sie keine Auslandsreisekrankenversicherung abschließen, willigen Sie mit den nachfolgenden Erklärungen auch nur für die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und nicht für den ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. ein.**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., im Folgenden nur ALTE OLDENBURGER genannt, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die ALTE OLDENBURGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (siehe Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die ALTE OLDENBURGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ALTE OLDENBURGER (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können:

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ALTE OLDENBURGER

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die ALTE OLDENBURGER übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die ALTE OLDENBURGER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

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

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

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

#### Erklärung für den Fall Ihres Todes:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

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

Die ALTE OLDENBURGER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ALTE OLDENBURGER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ALTE OLDENBURGER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

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

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ALTE OLDENBURGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Verbundes der VGH Versicherungen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ALTE OLDENBURGER Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ALTE OLDENBURGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die ALTE OLDENBURGER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ALTE OLDENBURGER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ALTE OLDENBURGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die ALTE OLDENBURGER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

# Dienstleisterliste

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

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. arbeiten mit folgenden Stellen und Kategorien von Stellen zusammen, die im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung oder einer Funktionsübertragung für die Unternehmen tätig werden:

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

| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. |   |
|--|---|
| Dienstleister  | Übertragene Aufgaben  |
| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG                | Datenschutzaufgaben, Risikoprüfung, Schadens- und Leistungsbearbeitung, Bearbeitung von Rechtsfällen, EDV-Leistungen, Inkasso, Exkasso, Vertrieb, Druck- und Kuvertierservice |
| Provinzial Krankenversicherung Hannover AG             | Antrags-, Schadens- und Leistungsbearbeitung  |
| Landschaftliche Brandkasse Hannover                    | Revisionsaufgaben   |
| Deutsche Assistance Service GmbH                       | Assistancedienstleistungen  |
| ivv - Informationsverarbeitung für Versicherungen GmbH | IT-Betrieb, IT-Service, Softwareentwicklung, Softwarewartung und sonstige IT-Leistungen   |
| almeda GmbH  | Servicehotline  |

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

## Hinweis:

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

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

# Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

## 1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden  
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

## 2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

## 3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

## 4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

## 5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

## 6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

## 7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist. Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.

Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.

Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.

Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.

Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.

Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

## 8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.**

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunftanfordern.html> beantragen.

## 9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen. Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichniseinträgen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnort (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD. Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring. Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

# Informationen zum Datenschutz

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

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

### Gemeinsame Anschrift

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

## Datenschutzbeauftragter

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

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

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

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

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

## Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

## Betroffenenrechte

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

## Widerspruchsrechte

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

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

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

## Datenschutzaufsichtsbehörde

Sie können sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover

## Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck

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