



Antragsunterlagen Krankenversicherung zum Gruppenvertrag VDWS

Seite 1	Antrag <i>Bitte ausfüllen und unterschreiben</i>
Seite 2	Rechtsbelehrung <i>Bitte unterschreiben</i>
Seite 3 bis 5	Erklärung zur Datenerhebung, Schweigepflichtentbindung usw. <i>Bitte Seite 4 und 5 unterschreiben</i>
Seite 6	Tarifinformation in Kurzform

per Post an

SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH
Abt-Hyller Str. 4
D-88250 Weingarten

oder per Fax an

+49-(0)751/56036-320

oder per Mail an

ibrenner@suedwestring.de

Pflichtangaben nach § 11 der Verordnung über die Versicherungsvermittlung der SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH

Wir sind als Versicherungsmakler tätig.

Wir sind seit dem 10.09.2007 bei der Registerstelle Industrie- und Handelskammer Bodensee-Oberschwaben, D-88250 Weingarten unter der Nr. D-44LH-GJCAQ-36 eingetragen. Die Eintragung im Vermittlerregister kann wie folgt überprüft werden:

Deutscher Industrie- und Handels- kammertag (DIHK) e.V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, Telefon 0180-500-585-0*, www.vermittlerregister.info *14 Cent/Min aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent/Min aus Mobilfunknetzen

Folgende Schlichtungsstellen können zur außergerichtlichen Streitbeilegung angerufen werden:

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr.13, 10117 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

Es bestehen keine Beteiligungen von und an Versicherungsunternehmen von mehr als 10 Prozent an unserer Gesellschaft. Auch hält unser Unternehmen keine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10% an einem Versicherungsunternehmen.

Antrag zur Krankenversicherung für VDWS-Mitglieder

Bitte per **Fax**: +49-751-56036-320, **Mail**: ibrenner@suedwestring.de, oder **Post**: SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH, D-88240 Weingarten zurücksenden.

Versicherte Person:

Vorname	Nachname	Geb.-Datum	Geschlecht
Straße	PLZ/Ort (evtl. Kontaktperson während der Abwesenheit)		Staatsangehörigkeit
Einsatzgebiet (Land, Ort, Name der Station), soweit bekannt			
Reiseveranstalter/Schulname/Arbeit- oder Auftraggeber			
E-Mail Adresse	Telefon/Handy	Fax-Nummer	

Beantragter Versicherungsschutz (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expat Business ohne USA/Kanada (monatliche Zahlungsweise) | <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger |
| <input type="checkbox"/> Expat Business mit USA/Kanada (monatliche Zahlungsweise) | <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger |

Abbuchungsauftrag von einem deutschen Bankkonto oder einer Kreditkarte (6% Beitragszuschlag) ist Voraussetzung für den Abschluss/Annahme!

Deutsches Konto - Name der Bank: _____
 IBAN (Konto-Nr.): _____ BIC-Swift (BLZ): _____

VISA Diners Club EC/MC

Kreditkartennummer _____ Ablaufdatum der Karte _____ CVC _____
(CVC-PIN – letzte drei Nummern auf der Rückseite der Kreditkarte)

Kontoinhaber (Vor- und Nachname) falls nicht versicherte Person _____

Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht versicherte Person _____

Versicherer: SwissLife Prévoyance et Santé, 7 rue Belgrand, F-92300 LevalloisPerret, Frankreich
 Versicherungsnehmer: BDAE Expat GmbH

Ich beantrage die nachfolgend beschriebene private Auslandsrankenversicherung nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherung der Expat Reihe für Langzeitreisen Teil I und II (Tarif Expat Business) und ermächtige den Versicherungsnehmer (BDAE) oder die SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH oder den entsprechenden „Arbeitgeber“ bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Wenn mein genanntes Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht Seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Rücklastschrift gehen die Bankspesen und Kosten zu meinen Lasten. Im Falle einer von mir zu vertretenden Nichteinlösung der jeweils fälligen Prämie, werde ich beim Versicherer abgemeldet. Dann besteht kein Versicherungsschutz mehr.

Maklervollmacht:

Der Versicherungsnehmer erteilt SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH Maklerauftrag und bevollmächtigt sie zum Abschluss der Krankenversicherung bei der BDAE Expat GmbH. Die Vollmacht gilt neben dem Abschluss auch für Änderungen, Kündigungen und Umdeckungen dieser Versicherungsverträge unter Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB. Dieser Maklerauftrag gilt für ein Jahr und verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn der nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Der Versicherungsnehmer willigt ausdrücklich ein, dass ihn der Makler mittels sämtlichen Medien (z.B. Brief, Telefon, Fax, E-Mail) kontaktieren und ihn auch über die bestehende Geschäftsbeziehung hinreichend informieren darf, z.B. über den Abschluss neuer Verträge und über inhaltliche Änderungen von bestehenden Verträgen, insbesondere deren Verlängerung, Ausweitung und Ergänzung.

Datenschutzerklärung

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten zur Abwicklung des Versicherungsvertrages, sowie zur Beratung und Information über sonstige Versicherungs- und Finanzprodukte von SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH gespeichert, verarbeitet und an Versicherer, Vertriebspartner und IT-Dienstleister weitergeleitet werden dürfen.

Beratungs- und Dokumentationsverzicht auf Kundenwunsch

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine nachstehende Unterschrift, dass er ausdrücklich nur eine Krankenversicherung bei der BDAE Expat GmbH wünscht.

Außerdem bestätigt der Versicherungsnehmer, dass er auf eine Beratung und Dokumentation gemäß § 42c Abs. 1 VVG für diesen und künftige Anlässe verzichtet und darauf hingewiesen wurde, dass sich dieser Verzicht für ihn nachteilig auswirken kann, einen Schadenersatzanspruch gegen den Versicherungsmakler nach § 42e VVG geltend zu machen.

Besteht eine anderweitige Krankenversicherung? Nein ja, Versicherer:

Vertragsnummer:

Versicherungsbeginn: 01. ____ . 20____

Datum, Unterschrift des Antragstellers

**RECHTSBELEHRUNG NACH § 19 ABS. 5 SATZ 1 VVG**

RECHTSBELEHRUNG DURCH SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit der Versicherer Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die in den Antragsunterlagen gestellten 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 gegenüber dem Versicherer schriftlich nachzuholen. 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 der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, 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 und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen ihm nach, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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 seiner Leistungspflicht ursächlich war. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. KÜNDIGUNG

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. VERTRAGSÄNDERUNG

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil, wenn Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. AUSÜBUNG DER RECHTE DES VERSICHERERS (§ 21 VVG)

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann er sich nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine 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 verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. ARGLISTIGE TÄUSCHUNG (§ 22 VVG)

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

6. STELLVERTRETUNG DURCH EINE ANDERE PERSON (§ 20 VVG)

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 der Rechte des Versicherers sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(Antragsteller)



EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG GEGENÜBER SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

TEIL I - ERKLÄRUNG BEI ANTRAGSTELLUNG

Die unter I. abgedruckten Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Das Versicherungsvertragsgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz sowie andere Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch den Versicherer. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages (Bearbeitung Ihres Schadenfalles) unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten durch uns selbst (unter 1.), im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.)

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

1. EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG, SPEICHERUNG UND NUTZUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé die von mir in diesem Antrag künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. ABFRAGE VON GESUNDHEITSPRÜFUNG 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. Darüber hinaus kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Ich wünsche, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé mich in jedem Fall vorab 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 Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung 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 Swiss Life Prévoyance et Santé 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.

<p>3. WEITERGABE IHRER GESUNDHEITSDATEN UND WEITERER VON DER SCHWEIGEPFLICHT GESCHÜTZTER DATEN AN STELLEN AUSSERHALB SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ</p> <p>Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p> <p>3.1. DATENWEITERGABE ZUR MEDIZINISCHEN BEGUTACHTUNG</p> <p>Zur Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.</p> <p>Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>3.2. ÜBERTRAGUNG VON AUFGABEN AUF ANDERE STELLEN (UNTERNEHMEN ODER PERSONEN)</p> <p>Bestimmte Aufgaben wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt 1*). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.bdae.com/de/downloads/GesundheitsdatenSchweigepflichtentbindung.pdf eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.</p> <p>Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé 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 Swiss Life Prévoyance et Santé es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>4. SPEICHERUNG UND VERWENDUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN, WENN DER VERTRAG NICHT ZUSTANDE KOMMT</p> <p>Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.</p> <p>Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé 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.</p> <p>Gemäß Artikel 32 geänderten französischen Datenschutzgesetz Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01 Frankreich, und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater unter: Swiss Life, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beauftragten und Rückversicherern, streng konform mit der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.</p> <p>ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)</p> <p>Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.</p>

Ort, Datum:

Unterschriften:

(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

AGA Service Deutschland GmbH (Assistancedienstleistungen)
 Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
 Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
 Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
 BDAE Expat GmbH
 BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH
 BDAE Holding GmbH
 BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Stand: 01.11.2014

TEIL II - ERKLÄRUNG ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

A. EINWILLIGUNG UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG FÜR DIE ABFRAGE VON GESUNDHEITSDATEN BEI DRITTEN UND FÜR DIE DATENWEITERGABE

DATENWEITERGABE AN RÜCKVERSICHERER

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Prévoyance et Santé Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit der Rückversicherer kontrollieren kann, ob Swiss Life Prévoyance et Santé einen Versicherungsfall richtig eingeschätzt hat, ist es möglich, dass Swiss Life Prévoyance et Santé Ihre Schadenunterlagen dem Rückversicherer vorlegen muss. Zur Abrechnung von Versicherungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer übermittelt, soweit dies für die Geltendmachung gesetzlicher Erstattungsansprüche in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Soweit erforderlich entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

B. DATENWEITERGABE AN ANDERE VERSICHERER

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadenfall dem Versicherer alle für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Auch um den Missbrauch von Versicherungen zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden (Schadenart, Schadenhöhe, Schadentag).

Ort, Datum:

Unterschriften:

(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

**BDAE***Mit Sicherheit ins Ausland!*

WIDERRUFSRECHT

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 die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: BDAE EXPAT GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49/(0)40/306874-90, E-Mail: info@bdae.com

WIDERRUFSFOLGEN

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und es werden die von Ihnen im Rahmen des Vertragsverhältnisses gezahlten Beträge vollständig erstattet. 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

Das 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.

Stand: 01.07.2016

 Information zur Krankenversicherung für VDWS-Mitglieder

Auszug aus dem Leistungsumfang der Auslandsrankenversicherung gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- 100% ambulante Heilbehandlung
- 100% Arznei- und Verbandsmittel
- 100% Zahnbehandlung ohne Höchstgrenzen (nicht Inlays, Onlays) inkl. Vorsorgeuntersuchungen
Zahnersatz zu 80 % bis insgesamt € 2.000 innerhalb 2 Jahren (innerhalb 3 Jahren € 3.000, ab dem 4. Jahr höchstens bis € 4.000 je Versicherungsjahr) – Wartezeit 8 Monate!
- Unfallbedingter Zahnersatz im Rahmen der Höchstgrenzen ohne Wartezeit
- 100% stationäre Heilbehandlung als Privatpatient im Zweibettzimmer
- Transportkosten zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus
- Krankenrücktransport aus dem Ausland (innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 € und Kontinent übergreifend bis 10.000 €, in speziellen Fällen ohne Begrenzung)
- Hotline für Gesundheitsfragen; medizinische Unterstützung bei Einlieferung ins Krankenhaus durch Vorbereitung der Kostenübernahmeerklärung; 24 Stunden Erreichbarkeit an 7 Tagen der Woche.
- Im jeweiligen Heimatland besteht Versicherungsschutz für vorübergehende Heimaufenthalte, während der Dauer der Langzeitreise, sofern das Heimatland durch Auswahl des entsprechenden Prämienbereiches (VB Teil II, Punkt 15) eingeschlossen ist (60 Tage am Stück bzw. max. 90 Tage pro Jahr)!
- Keine Laufzeitbegrenzung. Das höchstversicherbare Alter beträgt 66 Jahre.
- Urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in USA/Kanada max. 42 Tage pro Versicherungsjahr ohne Wohnsitzannahme sind mitversichert.
- Psychotherapie gemäß Leistungskatalog
- Hilfsmittel (80% der Kosten max. 2.000 €, Brillen 50 € p.a.)
- Nachhaftung
- **Keine Gesundheitsprüfung**
- **Wartezeiten: Zahnersatz und Entbindung 8 Monate ab Beginn der Versicherung; keine Leistung bei bestehenden Krankheiten bzw. Behandlungsbedarf einschließlich deren Folgen.**

Monatsbeitrag inkl. 5% Ratenzuschlag	Expat Business <u>ohne</u> USA/Kanada*	Expat Business <u>mit</u> USA/Kanada*
VDWS-Mitglieder	145,95 €	391,65 €
Familienangehörige (z.B. Kinder, Ehepartner)	193,20 €	572,25 €
Selbstbeteiligung pro Versicherungsjahr	0,00 €	500,00 €
Zuschlag für Zahlung mit Kreditkarte (Via, EC/MC, Diners Club) beträgt 6%		

* Urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in USA/Kanada für insgesamt 42Tage pro Versicherungsjahr sind mitversichert.

An- und Abmeldung:

Der Versicherungsschutz besteht ab dem beantragten Beginn, frühestens ab Abreisedatum und Eingang beim BDAE. Endet die Beschäftigung und erfolgt eine endgültige Rückkehr nach Deutschland erlischt die Versicherung. Für die Aufhebung wird eine schriftliche Mitteilung benötigt.

Sie können sich jederzeit zum Monatsende abmelden (Abmeldefrist 4 Wochen).

Setzen Sie sich bitte bezüglich einer Weiterversicherung mit der Firma SüdwestRing in Verbindung.

Leistungsabwicklung:

Rechnungen müssen vom Versicherten vorab beglichen werden. Die Originalbelege werden dann mit Nennung der versicherten Person und dem Konto (Inland), auf das die Erstattung erfolgen soll, an die BDAE Holding GmbH weitergeleitet. Im Notfall, z.B. bei Krankenhausbehandlungen oder bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport sollten Sie Kontakt mit dem BDAE aufnehmen, um die Übernahme der Kosten mit der Gesellschaft zu klären.

Ihr Ansprechpartner bei Fragen zum Vertrag:

SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH
Abt-Hyller-Str. 4, D-88250 Weingarten

Telefon +49-(0)751-56036-0
Fax +49-(0)751-56036-25
Mail ibrenner@suedwestring.de
Mail rbrenner@suedwestring.de

Rückfragen zur Leistungserstattung und Rücktransport:

Telefon +49-(0)40-306874-61 Herr Bullerjahn
Mail mbullerjahn@bdae.de
Fax +49-(0)40-306874-90

24 H Notfallbereitschaft des BDAE

Telefon +49-(0)40-306874-74

Einreichung von Kostenbelege an:

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3, D-22761 Hamburg