VERSORGUNGSKONZEPT GESUNDHEIT® DER WIRTSCHAFT + INDUSTRIE

SDK

Verbraucherinformationen zum Krankentagegeldtarif K2O

Inhaltsverzeichnis

Willkommensblatt K2O 2

Informationsblatt zum Versicherungsprodukt / IPID K2O 4

Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG 6

Allgemeine Versicherungsbedingungen K2O 8

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG zur vorvertraglichen Anzeigepflicht 16

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten 17

Widerrufsbelehrung 19

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten
und Schweigepflichtentbindungserklärung 21

VERSORGUNGSKONZEPT GESUNDHEIT DER WIRTSCHAFT + INDUSTRIE

Wichtige Unterlagen, bitte aufheben!

Versorgungskonzept Gesundheit

Willkommen bei der SDK!

Mit dem Verdienstausfallschutz der SDK - einfach über Ihren Arbeitgeber.

Ihr Versicherungsschutz auf einen Blick!

Im Rahmen eines Gruppenvertrags hat Ihr Arbeitgeber für alle Mitarbeitenden einen Verdienstausfallschutz bei der SDK abgeschlossen und übernimmt die Beitragszahlung. Alle wichtigen Informationen finden Sie hier. Bitte bewahren Sie dieses Informationsblatt zusammen mit dem Versicherungsschein gut auf.

Profitieren Sie von vielen Vorteilen:

- Die Beiträge werden von Ihrem Arbeitgeber übernommen.
- Die Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden durch den Verdienstausfallschutz spürbar reduziert.
- Auch Ihre Familienangehörigen profitieren von den besonderen Konditionen.
- Sie haben innerhalb von zwei Monaten ab Heirat, Geburt, Eintragung einer Lebenspartnerschaft bzw. der Gründung einer häuslichen Gemeinschaft die Möglichkeit, Ihren Ehepartner bzw. Ihren Lebenspartner mitzuversichern. Und das ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsfragen.

Informationen zum Datenschutz

Datenübermittlung an die SDK: Ihr Arbeitgeber übermittelt folgende Daten an die SDK: Name, Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Beruf, Tarifbezeichnung, Versicherungsbeginn, Prämie. Ihr Arbeitgeber wird diese Daten der SDK nur dann übermitteln, wenn Ihnen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und alle Vertragsinformationen in Textform zur Verfügung gestellt wurden. Andere personenbezogene Daten werden der SDK nicht übermittelt.

Datenübermittlung an den Vermittler durch die SDK: Die SDK übermittelt die oben aufgeführten Daten an den/die zuständigen Vermittler. Der/die Vermittler ist/sind verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Selbstverständlich können Sie der Betreuung durch den/die Vermittler widersprechen.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten: Auf unserer Internetseite finden Sie alle Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die SDK sowie zu den Ihnen zustehenden Rechten. Gerne stellen wir Ihnen die Informationen auf Ihren Wunsch hin auch in Papierform zur Verfügung.

www.sdk.de/unternehmen/datenschutz

Sie haben Fragen?

Hier finden Sie Antworten auf die häufigsten Fragen zum Verdienstausfallschutz.

Wer zahlt die Beiträge?	Die Beitragszahlung erfolgt durch Ihren Arbeitgeber. Bei offenen Beitragszahlungen rechnen wir nicht mit Ihren Leistungen auf.
Wie erfolgt die Abwicklung?	Die Abwicklung erfolgt ausschließlich zwischen Ihnen und der SDK. Ihr Arbeitgeber erhält keine Auskünfte über vertrauliche Daten wie z. B. Leistungsabrechnungen etc. Die Versicherungsleistung machen Sie selbst geltend.
Gibt es Wartezeiten?	Es bestehen keine Wartezeiten.
Wird für laufende Arbeitsunfähigkeit geleistet?	Der Verdienstausfallschutz leistet nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
Was muss ich tun, wenn für mich bereits ein privater Versicherungsvertrag besteht?	Wir empfehlen Ihnen, die Gesellschaft, bei der Sie eine Versicherung haben, über die Einrichtung der Gruppenversicherung bei der SDK zu informieren.
Was passiert bei einem Wechsel des Arbeitgebers?	Damit Ihnen keine Versorgungslücke entsteht, erhalten Sie von uns nach Abmeldung durch Ihren Arbeitgeber ein Weiterführungsangebot zu Normalbeiträgen.
Kann ich meine Familienangehörigen mitversichern?	Ja, sofern Sie selbst versichert sind, können Sie auch Ihre gesetzlich krankenversicherten Familienangehörigen mitversichern. Zu den Familienangehörigen zählen Ehegatten, Lebensgefährten, die in häuslicher Gemeinschaft mit Ihnen leben, sowie Partner einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaft. Ihre Familienangehörigen erhalten den Versicherungsschutz ebenfalls ohne Gesundheitsprüfung, sofern eine Absicherung innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Gruppenvertrages bzw. ab Erfüllung Ihrer Versicherbarkeit erfolgt.
Bin ich weiterhin versichert, wenn ich in den Ruhestand gehe?	Wenn Sie und Ihre Familienangehörigen in den Ruhestand gehen, endet der Verdienstausfallschutz.
Mein Arbeitsverhältnis ruht (z. B. aufgrund Elternzeit). Was muss ich beachten?	Sollte Ihr Arbeitsverhältnis ruhen, dann endet Ihr Verdienstausfallschutz für diese Zeit. Bei Wiedereintritt ins Unternehmen, erfolgt eine erneute Anmeldung durch Ihren Arbeitgeber.
Kann ich meine Beitrittserklärung zurück nehmen?	Sie können Ihren Beitritt zum Gruppenvertrag innerhalb von 14 Tagen zurück nehmen. Die Rücknahme müssen Sie in Textform (Brief, E-Mail) gegenüber Ihrem Arbeitgeber oder der SDK erklären. Die Frist beginnt, nachdem sie den Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und alle Vertragsinformationen erhalten haben. Es genügt die rechtzeitige Absendung.
Was muss ich noch beachten?	Im laufenden Vertrag können Obliegenheiten zu erfüllen sein, beispielsweise wenn wir Auskünfte zur Feststellung unserer Leistungspflicht benötigen. Dann kann es auf Ihr Verhalten und Ihre Kenntnis ankommen.

Ihr Kontakt zu uns:

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag? Unser Vertragsservice hilft Ihnen gerne weiter:

Tel. 0711 / 7372 - 7101
vertrag-sdk@vg-wi.de

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz, versicherten Leistungen oder Abrechnungen? Unser Leistungsservice hilft Ihnen gerne weiter:

Tel. 0711 / 7372 - 7102
leistung-sdk@vg-wi.de

VERSORGUNGSKONZEPT GESUNDHEIT® DER WIRTSCHAFT + INDUSTRIE

SDK

Süddeutsche Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach
Telefon 0711 7372 - 7101, www.vg-wi.de

Leistungsträger:
Betriebliche Krankenversicherung

0.511/10.26

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Krankenversicherung AG

Deutschland

Tarif K2O

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif K2O. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Vertrags zur Krankentagegeldversicherung erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (0.512o/08.25) und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Krankentagegeldversicherung, die Ihnen bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit die Zahlung eines Krankentagegelds nach einer vereinbarten Kranzzeit gewährt. Sie sichert Sie vor Einkommensverlusten bei längerer Krankheit ab.

Was ist versichert?

- ✔ Zahlung eines Krankentagegelds bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe.

Den genauen Leistungsumfang des Tarifs K2O finden Sie in der Tarifbeschreibung (0.512o/08.25).

Was ist nicht versichert?

- ✘ Aufwendungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Keine Leistungspflicht besteht u. a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen.

Weitere Einzelheiten finden Sie hierzu in § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).

Wo bin ich versichert?

- ✔ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- ✔ Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus aufgrund akuter Krankheiten oder Unfälle.
- ✔ Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten Versicherungsschutz.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicher–ung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden.
  Informationen hierzu finden Sie in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).
- In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen Karenzzeit durch Vorlage eines Nachweises anzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).

Beachten Sie die Verpflichtungen sorgfältig, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind. Ihre Nichtbeachtung kann deshalb auch schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Sie können Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren oder wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig.

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung insbesondere unter § 7der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25).

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und – soweit tariflich vorgesehen – dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06..

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen.
  Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung AG die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.
- Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25) in den Absätzen (1) und (4).
- Die Krankenversicherung kann darüber hinaus wegen des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit enden, z. B. wegen Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder bei Berufsunfähigkeit. Die vertraglichen Regelungen hierzu finden Sie unter § 14.

Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Krankenversicherung)

Stand 08.10.2026

Identität des Versicherers und ladungsfähige Anschrift

Ihr Vertragspartner ist die Süddeutsche Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach. Die Süddeutsche Krankenversicherung AG besteht in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG), eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart HRB 808002. Dem Vorstand gehören an: Dr. Ulrich Mitzlaff (Vorsitzender), Dr. Guido Bader (St. Vorsitzender), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers, Ralf Oestereich. Sitz der Gesellschaft: Fellbach.

Weitere Betriebsstätten

Landesdirektion Baden/Pfalz
Rehlingstr. 13
79100 Freiburg

Landesdirektion Bayern
Hery Park 3000
86368 Gersthofen

Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich schriftlich – auch per E-Mail: poststelle@bafin.de – an diese Aufsichtsbehörde werden.

Sicherungsfonds

Die Süddeutsche Krankenversicherung AG gehört dem aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Sicherungsfonds an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Anschrift: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Allgemeine Versicherungsbedingungen/wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Für den Versicherungsvertrag gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen:

- Informationen zur Verwendung Ihrer Daten (0.024c/10.26)
- Widerrufsbelehrung Zusatzversicherung (0.157c/10.26)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (0.512o/08.25)

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Eine ausführliche Leistungsbeschreibung beinhaltet der Tarif mit den Tarifbedingungen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Ausführungen unter „Was ist versichert?“ im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

Der Versicherer ist im Versicherungsfall zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht worden sind.

Beitragszahlung/Gesamtpreis

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Es gilt eine Beitragsgruppe für die Alter 16 bis 70 Jahre.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

Die monatliche Beitragsrate für den gewünschten Versicherungsschutz beträgt in EUR:

Person 1

5,00

Kosten

Tarif K2O

Der Ausweis von Kosten ist für diese Tarife gesetzlich nicht vorgesehen.

Unter „Wann und wie zahle ich?“ im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten finden Sie weitere Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen für die Beitragszahlung.

Gültigkeitsdauer unserer Vorschläge

Die Beitragsberechnung für die unterbreiteten Vorschläge basiert auf dem angegebenen Versicherungsbeginn. Ändert sich das Jahr des Versicherungsbeginns erhöht sich das rechnungsmäßige Eintrittsalter (= Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr der zu versichernden Person(en)). Das führt im Allgemeinen zu einem höheren Beitrag.

Die Notwendigkeit wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung sowie bei Änderung gesetzlicher Vorschriften die Beiträge neu kalkulieren zu müssen, kann ebenfalls – soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind – zu einer Änderung der Beiträge oder der tariflichen Selbstbehalte führen.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Versicherungsantrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Die Wartezeiten entfallen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Vertragsdauer/Kündigung

Für die Krankentagegeldversicherung ist eine Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr vorgesehen.

Das Versicherungsverhältnis kann von Ihnen im Rahmen einer ordentlichen Kündigung mit einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden.

Das Recht für eine außerordentliche Kündigung steht Ihnen z. B. bei einer Beitragserhöhung aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder einer Beitragsneufestsetzung wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters zu.

Die Regelungen zur Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten sind im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter dem Punkt „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“ erläutert.

Anzuwendendes Recht/Sprache

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist deutsch. Alle Informationen werden ebenfalls in deutscher Sprache erteilt.

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren Ombudsmann Krankenversicherung

Wir erklären uns bereit, hinsichtlich der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung an Streitbeilegungsverfahren vor dem Ombudsmann für die private Krankenversicherung teilzunehmen.

Die Entscheidungen des Ombudsmannes haben Empfehlungscharakter. Der Ombudsmann kann in solchen Fällen tätig werden, in denen weder die Aufsichtsbehörde (BaFin) angerufen wurde, noch ein Rechtsstreit gerichtlich anhängig ist. Weitere Informationen über den Ombudsmann sind im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de abrufbar. Die Postanschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin.

Gerichtliches Verfahren

Trotz der Möglichkeit, Beschwerde beim Ombudsmann einzulegen, können Sie die gerichtliche Klärung einer Meinungsverschiedenheit herbeiführen. Die Tätigkeit des Ombudsmannes ist dann aber ausgeschlossen (siehe vorstehende Ausführungen).

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Stand 01.08.2025

Teil I Tarif K2O
Teil II Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O (AVB/K2O)

Teil I: Tarif K2O

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn:

- der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100 %ig) arbeitsunfähig ist

oder

- ein Versicherungsfall nach § 1a AVB/K2O vorliegt.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 26 Wochen, d. h. am 183.Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit oder des Versicherungsfalls nach § 1a AVB/K2O. Das Krankentagegeld beträgt 10,- EUR. Nach einer Karenzzeit von 52 Wochen, d. h. ab dem 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder des Versicherungsfalls nach § 1a AVB/K2O beträgt das Krankentagegeld 20,- EUR.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von mindestens sechs Wochen stehen und lohnsteuerpflichtig sind

und

- bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer in Deutschland zugelassen Privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Tarif (§ 193 Abs. 3 VVG) versichert sind

und

- als Mitarbeiter eines Unternehmens innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung beim Versicherer angemeldet werden.

Ende des Versicherungsverhältnisses

In Ergänzung zu § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für den Mitarbeiter mit Ablauf des Monats

a) in dem der Mitarbeiter aus dem Unternehmen ausscheidet;

b) mit der Beendigung des Gruppenvertrages;

c) im Falle des Ruhens des Arbeitsverhältnisses (z. B. Elternzeit oder Ableistung eines Bundesfreiwilligendienstes nach BFDG).

Liegt a) oder c) vor, ist dies dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten durch den Versicherungsnehmer anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

Wird der Gruppenvertrag beendet oder scheidet der Mitarbeiter aus dem Unternehmen aus, hat der Mitarbeiter das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der Einzelversicherung des Tarifes K2F fortzusetzen, soweit Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt. Das Recht zur Fortsetzung endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem der Mitarbeiter Kenntnis davon erlangt hat.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif K2O.

0.512o/08.25

Teil II: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif K2O

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 17 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 4. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Die Wartezeiten entfallen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 4 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistanceleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Die aktuellen Gesundheitsdienstleistungen sind unter https://www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen veröffentlicht.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 3 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Das Verletztengeld der Berufsgenossenschaft, die Berufsunfähigkeitsrente aus Lebensversicherungen sowie das Unfalltagegeld zählen nicht als Krankentagegeld (§ 14 bleibt unberührt).

(3) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen in Deutschland niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(4) Der versicherten Person steht die Wahl unter den in Deutschland niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(5) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise trägt der Versicherer. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz).

d) nach Ablauf der im Tarif vereinbarten Karenzzeit, solange der Arbeitgeber weiterhin die Lohnfortzahlung erbringt.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Das Krankentagegeld wird nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 12 bis 14).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis wegen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 7a Beitragsberechnung

(1) Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Es gilt eine Beitragsgruppe für die Alter 16 bis 70 Jahre.

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(3) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 7b Beitragsanpassung

Für bestehende Verträge überprüft der Versicherer regelmäßig, ob die bestehenden Beiträge angehoben oder gesenkt werden müssen. Damit wird sichergestellt, dass der Versicherer die vertragliche Leistungszusage dauerhaft erfüllen kann. Ergibt die Überprüfung, dass höhere Beiträge erforderlich sind, hebt der Versicherer die Beiträge entsprechend an. Ergeben sich niedrigere Beiträge, senkt der Versicherer die bisherigen Beiträge entsprechend ab.

Bei der Überprüfung werden Veränderungen der Schadenquote berücksichtigt, die seit der letzten Festsetzung der Beiträge eingetreten sind und die bis zur nächsten Überprüfung erwartet werden.

Die Beitragsanpassung erfolgt zum Beginn eines Kalenderjahres. Der Versicherer teilt die Beitragsanpassung mindestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mit und weist auf das Kündigungsrecht hin.

§ 8 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der für den Tarif vorgesehenen Karenzzeit durch Vorlage eines Nachweises (§ 3 Abs. 5) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 9 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 8 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 14 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurück zu zahlen.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen (siehe § 2 Abs. 2).

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 7b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 17 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung des Tarifes K2F fortzusetzen. Das Recht zur Fortsetzung endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis davon erlangt hat. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente für den bisher ausgeübten Beruf;

d) spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres, in das der 70. Geburtstag fällt. Die versicherte Person hat das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen. Die Fortsetzung erfolgt zu den Bedingungen der Einzelversicherung des Tarifs TA.

e) mit dem Eintritt in die passive Phase einer Altersteilzeit.

f) mit dem Tod der versicherten Person;

g) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person zusammenhängend mehr als 182 Tage außerhalb Deutschlands verbringt. Vorübergehende Unterbrechungen, beispielsweise Urlaub oder Krankenhausaufenthalte, zählen zum Aufenthalt im Ausland;

h) mit der Auflösung, Liquidation oder Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers. Das Versicherungsverhältnis endet zum Ende des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist, bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in dem der Versicherer Kenntnis erlangt. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung des Tarifes K2F fortzusetzen. Das Recht zur Fortsetzung endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis davon erlangt hat.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 16 Klagefrist / Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Wichtige Informationen für den Antragsteller – bitte zu den Antragsunterlagen nehmen.

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 gegenüber dem Vorstand der Süddeutsche Krankenversicherung. in Textform 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 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

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. Dies gilt nicht, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG erfüllt, handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens 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. Es kann damit zu einem rückwirkenden Verlust des Versicherungsschutzes kommen, wenn die Vertragsanpassung als rückwirkende Einführung eines Risikoausschlusses erfolgt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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 in der Krankenversicherung 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.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Stand: 01.10.2026

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die SDK und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die

Süddeutsche Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach
Telefon: 0711/7372-7777
Fax: 0711/7372-7788
E-Mail: sdk@sdk.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@sdk.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben wir uns auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.sdk.de abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der SDK bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSG-VO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SDK und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Mitteilungs- und Aufbewahrungspflichten sowie unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Im Einzelfall kann es vorkommen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Funktionsfähigkeit unserer IT-Infrastruktur verarbeiten. Eine solche Verarbeitung erfolgt nur dann, wenn eine Fehlerbehebung unter Verwendung von anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nicht möglich ist. Vor einer solchen Verarbeitung erfolgt eine Prüfung und Freigabe der betroffenen personenbezogenen Daten im Einzelfall. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist unser berechtigtes Interesse, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Internetseite www.sdk.de zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/ zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Folgende Liste beinhaltet die möglichen Stellen und Kategorien von Stellen (sowie ggfs. die dazugehörige Firmenadresse), die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder einfache personenbezogene Daten, die nach § 203 StGB geschützt sind, für die SDK erheben, verarbeiten oder nutzen. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, -erhebung und -übermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist. In den Klammern sind die entsprechenden übertragenen Aufgaben festgehalten.

Adressermittler (Adressabgleich/-prüfung/-anreicherung), adesso insurance solutions GmbH, Adessoplatz 1, 44269 Dortmund (Entwicklung und Betrieb von IT-Systemen), ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Venloer Str. 301–303, 50823 Köln (Kundenumfragen, Unternehmensrating), Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Gesundheitsdienstleistungen, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Call Center (Terminvereinbarungen, Telefoniedienstleistungen), Compagnon Marktforschungsinstitut GmbH & Co. KG, Nöllenstr. 11, 70195 Stuttgart (Kundenumfragen), Detekteien (Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht), Deutsche Post E-Post Solutions GmbH, Moltkestr. 14, 53173 Bonn (Input-Management, Datenerfassung), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung),

Atruvia AG, Fiduciastr. 20, 76227 Karlsruhe (Datenkommunikation zwischen Genossenschaftsbanken und Süddeutsche Krankenversicherung AG und Auslandszahlungen), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), IT-Dienstleister (Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand"), Microsoft Corporation, One Microsoft Way Redmond, WA 98052-6399, USA (IT-Dienstleistungen),PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versichertenkarte), puls Marktforschung GmbH, Röthenbacher Str. 2, 90571 Schwaig (Kundenumfragen), Filialdirektoren der SDK (Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

Eine aktuelle Liste kann auf **www.sdk.de/datenschutz** eingesehen werden.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

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, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter den o.g. Kontaktdaten 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. Eine erteilte Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen und ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen entstehen. Der Widerspruch ist zu richten an vertrag-sdk@vg-wi.de.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der info-score Consumer Data GmbH (Auskunftei) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 a), Abs. 1 b) und Abs. 1 f) DSGVO. Nähere Informationen zur eingesetzten Auskunftei stellt Ihnen diese unter **finance.arvato.com/icdinfoblatt** zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling

Die Süddeutsche Krankenversicherung AG entscheidet auf Grundlage Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Ihrer Antragstellung (zum einen beider Nutzung der digitalen Antragsstrecke/ Online-Abschlussstrecke als auch bei der klassischen/herkömmliche Antragsstellung) befragen, gegebenenfalls vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Hierbei wird im Rahmen der Onlineabschlussstrecke der Zahnzusatzversicherung und der Auslandsreiseversicherung für die Risikoprüfung ein System zur Prüfung und Bewertung von Vorerkrankungen des Antragsstellers verwendet.

In der Krankenversicherung können Anträge unter bestimmten Bedingungen direkt verarbeitet bzw. angenommen werden. Demzufolge wird der Antrag maschinell verarbeitet, ohne dass ein Sachbearbeiter eine Prüfung vornimmt. Dieser Sachverhalt wird als Direktpolicierung bezeichnet. Im Rahmen der Direktpolicierung wird keine Ablehnung von Anträgen vorgenommen. Die Entscheidung, ob der Antrag direkt verarbeitet und policiert werden kann, wird automatisiert getroffen. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling").

Die Leistungsbearbeitung in der Krankenversicherung findet zum Teil vollmaschinell statt. Die maschinelle Bearbeitung der dazu selektierten Leistungsaufträge unterscheidet sich grundsätzlich nicht von derjenigen der menschlichen Kollegen. Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten (wie Krankenhäusern, Ärzten) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen werden auf Grundlage von vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen von der Süddeutschen Krankenversicherung AG getroffen. Ausschließlich die Fälle, die keine spezielle manuelle Bearbeitung benötigen, werden nur maschinell bearbeitet. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling").

Für alle hier aufgeführten, automatisierten Entscheidungen können folgende Daten herangezogen werden:

- Allgemeine Daten (z. B. Eingangsdatum, Antragsdatum, Antragsart
- Personenbezogene Daten (z. B. Geburtsdatum, Adresse)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife, Summen zu Tarifen, Tarifkombinationen, Umschreibungsarten, Anlagen vorhanden)
- Belegbezogene Daten (z. B. Behandlungsdatum, Rechnungsbetrag)
- Gesundheitsdaten (Angaben zu den jeweiligen Gesundheitsfragen im Antrag)

Unsere Entscheidungen sind auf ein statistisches Datenmodell gestützt, das kontinuierlich weiterentwickelt wird und die Grundlage unserer Risikoprüfung bildet. Automatisierte Entscheidungen über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen beruhen auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfanges Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Widerrufsbelehrung

Stand: 01.10.2026

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

E-Mail: vertrag-sdk@vg-wi.de
Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung AG, Abteilung Vertragsservice VG-WI, Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online über unsere Website oder das Serviceportal ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

   b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Süddeutsche Krankenversicherung AG (im Folgenden „SDK“ genannt)

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, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, ihre Kundennummer oder weitere Informationsdaten, an andere Stellen, z. B. medizinische Gutachter, IT-Dienstleister etc. weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die nachfolgenden Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten
- durch die SDK selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SDK (siehe unter 3.)
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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

Ich willige ein, dass die SDK die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags 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 die SDK die 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 sie erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die SDK 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 SDK einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SDK 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 SDK 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 SDK konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir nicht immer (vollständig) selbst durch. Es kann sein, dass wir in diesen Fällen die Erledigung einer anderen Stelle übertragen. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Stelle außerhalb der SDK oder einer anderen Stelle außerhalb der SDK übertragen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB 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 Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlagen der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Version der Listen kann auch im Internet auf www.sdk.de unter Datenschutz („Liste der externen Dienstleister") eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SDK dies tun dürften und dass diese Daten an die SDK zurück übermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SDK 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, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die SDK 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 SDK meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung gespeichert.

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

Erklärung der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich mit der entsprechenden Auswahl im Rahmen der Online-Abschlussstrecke für mich bzw. für die zu versichernden Personen ab, soweit ich als deren gesetzlicher Vertreter hierzu befugt bin.

Anlage: Liste der externen Dienstleister

Stelle	Übertragene Aufgaben
adesso insurance solutions GmbH	IT-Dienstleister
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Kundenumfragen, Unternehmensrating
Compagnon Marktforschungsinstitut GmbH & Co. KG	Kundenumfragen
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Input-Management, Datenerfassung
Fiducia IT AG	Datenkommunikation zwischen Genossenschaftsbanken und Süddeutsche Krankenversicherung AG und Auslandszahlungen
General Reinsurance AG	Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung
Kohlhammer Archivierung	Datenarchivierung
Microsoft Corporation	IT-Dienstleistungen, u. a. Betriebssystem, Mailanwendung, Kollaborationstools
PAV Card GmbH	Erstellung der Versichertenkarte
puls Marktforschung GmbH	Kundenumfragen

Kategorie von Stellen	Übertragene Aufgaben
Adressermittler	Adressabgleich /-prüfung /-anreicherung
Assistancedienstleister	Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon
Bankinstitut	Abwicklung von Entschädigungszahlungen
Beratungsärzte/ -unternehmen	Beurteilungen in unterschiedl. Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Gesundheitsdienstleistungen, Private Pflegeberatung
Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister	Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand
Call Center	Terminvereinbarungen, Telefondienstleistungen
Detekteien	Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht
Dienstleister zur Aktenvernichtung	Daten- und Aktenvernichtung
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen
Informationsdienstleister	Bonitätsabfrage
Inkassounternehmen	Inkasso
Filialdirektoren der SDK	Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts
Stuttgarter Lebensversicherung AG und Stuttgarter Versicherung AG	Übernahme und Durchführung von Versicherungsverträgen
Notar	Notar als Treuhänder für die Abwicklung von Entscheidungen
Übersetzungsbüros	Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland

Stelle	Zweck der Datenverarbeitung
mhplus Betriebskrankenkasse	Vermittlung von mhplus Mitgliedschaften
allod Immobilien- und Vermögensverwaltungsges. mbH & Co. KG	Verwaltung von Immobilienobjekten