



HALLESCH

HALLESCH

Krankenversicherung

auf Gegenseitigkeit

70166 Stuttgart

service@hallesche.de

www.hallesche.de

Anmeldung zur Krankenzusatzversicherung nach den ZbKV-Tarifen

exklusiv für Mitglieder des

tennisnetzwerk e.V.

dabeisein lohnt sich | vernetzt Vorteile genießen

Anmeldung zur Krankenzusatzversicherung

nach den ZbKV- und ZbKVA-Tarifen

auf der Grundlage des Gruppenversicherungsvertrages und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Mitgliedsnummer tennissetzwerk e.V.	Tennisverein	Lizenznummer (DTB-ID-Nr.)	Vermittler 808946 - finalex Alexander Moor e.K.	Berater
-------------------------------------	--------------	---------------------------	--	---------

Anmeldender/ Hauptversicherer

Herr Frau

Nachname/akad. Titel	
Vorname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ	Wohnort
Land	
E-Mail (freiwillige Angabe)	

Versicherungsnehmer

tennisnetzwerk e.V.

dabeisein lohnt sich | vernetzt Vorteile genießen

Wasserkuppenstr. 25 Tel.: 06655 / 911180
36119 Neuhof www.tennisnetzwerk.de

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach den ZbKV- und ZbKVA-Tarifen nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Anmeldenden« vom Anmeldenden/Hauptversicherten erfüllt werden.

Versicherungsschutz Ja, ich möchte an dem zwischen der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. und dem **tennisnetzwerk e.V.** geschlossenen Gruppenversicherungsvertrag teilnehmen und den folgenden angebotenen Versicherungsschutz für mich abschließen:

Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem gewünschten Versicherungsumfang. Dieser ist den Beitragsblättern zu entnehmen, die Bestandteil der Versicherungsbedingungen sind.

Umfang

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
<input type="checkbox"/> nur Gruppe 1 AA30	<input type="checkbox"/> nur Gruppe 2 AA3P	<input type="checkbox"/> nur Gruppe 3 AA3Q
<input type="checkbox"/> Gruppe 1 mit Baustein VG AA3R	<input type="checkbox"/> Gruppe 2 mit Baustein VG AA3S	<input type="checkbox"/> Gruppe 3 mit Baustein VG AA3T
<input type="checkbox"/> Gruppe 1 mit Baustein K II* AA3U	<input type="checkbox"/> Gruppe 2 mit Baustein K II* AA3V	<input type="checkbox"/> Gruppe 3 mit Baustein K II* AA3W
<input type="checkbox"/> Gruppe 1 mit Baustein VG und K II* AA3X	<input type="checkbox"/> Gruppe 2 mit Baustein VG und K II* AA3Y	<input type="checkbox"/> Gruppe 3 mit Baustein VG und K II* AA3Z

* **Bitte beachten:** Der Baustein K II ist nur für Personen abschließbar, die bei Beginn des Versicherungsverhältnisses nicht älter als 64 Jahre alt sind !

Beginn

Beginn (Monat/Jahr) **01.**

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Die Mindestversicherungsdauer beträgt 2 Jahre !

Beitrag

EUR monatlich

Achtung: Es erfolgt im 5-jährigen Rhythmus, erstmals zum 01.08.2022 eine Beitragsanpassung in Form einer erneuten Beitrags-einstufung. Maßgeblich für die Ermittlung des dann gültigen Beitrags ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter.

Erklärung des Anmeldenden

Ich erkläre, dass

- ich Mitglied im **tennisnetzwerk e.V.** bin bzw. diese Mitgliedschaft gleichzeitig beantragt wird.
- ich keinen der folgenden Berufe ausübe: Berufssportler, Saisonarbeiter oder Zeitarbeiter.
- mir bekannt ist, dass je nach gewählter Gruppe in den dazugehörigen Tarifen ggf. Ausschlüsse, Wartezeiten bzw. sonstige Voraussetzungen gelten.
- die Anmeldung innerhalb von 3 Monaten seit Beginn meiner Mitgliedschaft im **tennisnetzwerk e.V.** erfolgt, sofern nichts anderes vereinbart ist.
- der Vermittler / die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. bevollmächtigt ist, über ein entsprechendes Online-Abschlussmodul meine in dieser Anmeldung angegebenen persönlichen Daten für den Onlineabschluss zu verwenden.

Wichtige Hinweise für den Anmeldenden und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben in der Anmeldung zutreffend und vollständig sind.

Bitte beachten Sie die »Hinweise zur Anzeigepflichtverletzung (VG 13)«.

Lesen Sie bitte auch die weiteren Hinweise und Erklärungen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der Empfangsbestätigung aufgeführten Vertragsunterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den Bedingungen einverstanden.

Sie können das Versicherungsverhältnis bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang der Versicherungsbestätigung widerrufen. Bitte beachten Sie dazu die »Wichtigen Hinweise und Erklärungen (BGR 78)«

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden - ggf. als gesetzlicher Vertreter

**Datenschutz-
erklärung**

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit der HALLESCHER Krankenversicherung a.G. unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext in den »Datenschutzhinweisen (DS 20) bzw. »Datenschutzhinweisen Gruppe (VG 340 Gruppe)«.** Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.

- I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
 - 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung a.G.
 - 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 - 3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHER Krankenversicherung a.G.
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
 - 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
- II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Anmeldebearbeitung
- III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten zur Feststellung des allgemeinen Zahlungsverhaltens (Bonitätsprüfung) und zur Einschätzung künftiger Zahlungsfähigkeit (Scoring)

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden – ggf. als gesetzlicher Vertreter

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe eine Kopie des Antrages, die Informationen zum Versicherungsschutz nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG sowie alle weiteren vertragsrelevanten Unterlagen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten:

Verbraucherinformationen bKV	(BGR 204)		
Verbraucherinformation Gruppenversicherung	(VG 323)		
Verbraucherinformation	(VG 321)		
Allgemeine Versicherungsbedingungen	(PM 22u)		
Zusatzbedingungen ZbKV / ZbKV-A	(MG 99)		
Sonderbedingungen ZbKV-A	(MG 171)		
Produktinformationsblatt	(PM 423G)		
	Wesentliche Merkmale	Beitragsblätter	Produktinformationsblatt
Tarif ZbKV-S	(MG 153)	(MG 153G)	(BGR 892)
Tarif ZbKV-HOE	(MG 154)	(MG 154G)	(BGR 892.1)
Tarif ZbKV-HP	(MG 158)	(MG 158G)	(BGR 892.5)
Tarif ZbKV-ZB	(MG 161)	(MG 161G)	(BGR 892.6)
Tarif ZbKV-ZE	(MG 163)	(MG 163G)	(BGR 892.8)
Tarif ZbKV-VG	(MG 174)	(MG 174G)	(BGR 892.15)
Tarif ZbKV-K	(MG 164u)	(MG 164G)	(BGR 892.10)
Übersicht zu Ausschlüssen / Wartezeiten	(GV 162)		
Datenschutzhinweise	(DS 20)		
Datenschutzhinweise Gruppe	(VG 340 Gruppe)		
Hinweise zur Anzeigepflichtverletzung	(VG 13)		
Wichtige Hinweise und Erklärungen	(BGR 78)		
Beratungsblatt mit Leistungsübersicht	(BB 911)		
Beitragsblätter zu den Tarifen - nach Gruppen	(GV 911)		

Außerdem bestätige ich, dass ich die Erstinformation des Vermittlers / Beraters dieses Vertrages erhalten habe.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden – ggf. als gesetzlicher Vertreter

**Erklärung zum
Beratungsrecht**

- Hiermit bestätige ich, dass ich vor Antragstellung objektiv und in verständlicher Form beraten wurde und eine wohlinformierte Entscheidung treffen konnte. Der Vertrag entspricht demgemäß meinen Wünschen und Bedürfnissen. Die Beratungsdokumentation dazu wurde mir (in Papierform, per E-Mail oder auf einem dauerhaften Datenträger) überlassen.
- Ich verzichte vor Abschluss des Versicherungsschutzes auf eine Beratung. Mir ist bekannt, dass sich mein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer und/oder Versicherungsvermittler Schadenersatzansprüche wegen einer Pflichtverletzung im Zusammenhang mit der Beratung zum gewünschten Versicherungsschutz geltend zu machen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden – ggf. als gesetzlicher Vertreter

Achtung: Sollten Sie keine oder beide angegebenen Erklärungsoptionen angekreuzt haben, kann Ihre Anmeldung nicht weiter bearbeitet werden, selbst wenn alle sonstigen Angaben gemacht wurden. Das heißt für Sie: Der Versicherungsschutz kommt nicht zustande. Für eine Beratung wenden Sie sich bitte an den vermittelnden Makler finalex Alexander Moor e.K., Wasserkuppenstraße 25, 36119 Neuhoof, Service-Telefon 06655-911154 (Montag - Freitag von 9 - 19 Uhr).

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz
»wird nachgeliefert«

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HALLESCHE Krankenversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung a. G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Kontoinhaber

Vorname (Kontoinhaber)		Nachname (Kontoinhaber)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort	
Kreditinstitut			BIC	
IBAN				

Bei Neuanspruch/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Ort/Datum	Unterschrift des Kontoinhabers 
-----------	---

Bitte immer ausfüllen:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. mit folgendem Hauptversicherten:

Vorname (Hauptversicherter)		Nachname (Hauptversicherter)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort	
				Versicherungsnummer (falls bekannt)

Zahlungsweise: monatlich