

# Verdienstauffall-Schutz

## mit ansteigenden Leistungen im Krankheitsfall und Facharztservice

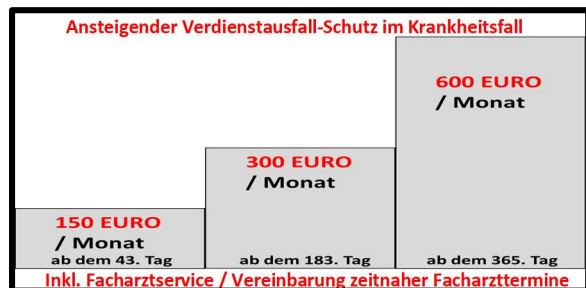
Online Auftrag – Legitimation zur Erfassung der Daten

	<b>Person 1</b>		<b>Person 2</b>	
IG-Metall-Mitglied	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
<b>bitte ankreuzen!</b>		<b>Mitgliedsnr.</b>		<b>Mitgliedsnr.</b>
	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	<b>bitte angeben!</b>	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	<b>bitte angeben!</b>
Vorname:	_____		_____	
Nachname:	_____		_____	
Geb. Datum:	_____		_____	
Telefonnr.:	_____		_____	
Email:	_____		_____	
Firmenname:	_____		_____	

**Dienstobliegenheitserklärung:**  
Sind Sie derzeit arbeitsunfähig oder gelten für Sie in den nächsten 8 Monaten Mutterschutzfristen aufgrund einer Schwangerschaft?

**Person 1** ja:  nein:       **Person 2** ja:  nein:

Altersstufe	monatlicher Beitrag
16-25 Jahre	1,90 €
26-35 Jahre	2,90 €
36-45 Jahre	3,90 €
46-55 Jahre	7,50 €
56-67 Jahre	15,00 €



Hiermit beantrage ich den Abschluss des Verdienstauffallschutz nach Tarif ZbKV-KT3K/Gruppe mit Beginn: **01** . \_\_ . \_\_\_\_ . (keine rückwirkende Anmeldung möglich)

**Grundsätzlich werden keine Erkrankungen/Schwerbehinderungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.** Der Versicherer leistet jedoch nicht für Arbeitsunfähigkeiten innerhalb der ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn

- wenn der Versicherte 36 Monate vor Versicherungsbeginn aufgrund einer Erkrankung oder Unfallfolge ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde,
- ihm diese Erkrankung oder Unfallfolge bekannt war
- und die Arbeitsunfähigkeit damit in ursächlichem Zusammenhang steht.

**Diese zeitliche Beschränkung endet automatisch 36 Monate nach Versicherungsbeginn. Danach besteht volle Leistungspflicht für alle gesundheitlichen Einschränkungen.**

**Einmalige Wartezeit: 3 Monate ab Versicherungsbeginn, abzüglich der 6-wöchigen Lohnfortzahlung. Diese entfällt bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit!**

Mit meiner Unterschrift erteile ich das SEPA-Lastschriftmandat und bestätige die „Erklärung zum Beratungsrecht“.

### Person 1

Private Anschrift  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
IBAN: DE \_\_\_\_\_  
Zahlungsweise: mtl.:       jährl.:  3 % Skonto



\*gilt auch für Ehepartner / Lebensgefährten

**Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an**  
pd business solutions GmbH      oder      kt@pd-business.de  
Tritschler Str. 9, 66606 St. Wendel

### Ich erkläre, dass

- alle von mir gemachten Angaben, einschließlich der geforderten Gesundh.angaben, wahrheitsgemäß getätigt wurden.
- für die zu versichernden Personen die Mitgliedschaft in einer deutschen Krankenversicherung besteht.
- keine weitere Krankentagegeldversicherung für mich besteht oder die Summe aller für mich abgeschlossenen Krankentagegeldversicherungen zusammen mit einer etwaigen Krankengeldzahlung mein Nettoeinkommen nicht übersteigt.
- der Vermittler / die Hallesche Krankenversicherung a.G. bevollmächtigt ist, über ein entsprechendes Online-Abschlussmodul meine in dieser Anmeldung angegebenen persönlichen Daten für den Online-Abschluss zu verwenden.
- auch für die ggf. mitzuversichernde Person ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis besteht.
- dass ich mit der zuvor genannten Vorgehensweise einverstanden bin und auf eine persönliche Beratung verzichte.
- ich - sofern ich nicht Mitglied der IG-Metall bin – mit meiner Unterschrift Mitglied im „Verein zur Erhaltung und Förderung der Arbeitskraft e.V.“ (VEFA) werde. Als Mitglied ist es mir möglich den Verdienstaufschlagschutz nach Tarif ZbKV-KT3K abzuschließen. Die Mitgliedschaft ist für ordentliche Mitglieder kostenlos und endet automatisch mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

### Online Auftrag – Legitimation zur Erfassung der Daten

Ein Bestandteil der Krankentagegeldversicherung Tarif ZbKV-KT3K sind die zugehörigen »Allgemeinen Versicherungsbedingungen« sowie weitere vertragsrelevante Unterlagen, die diesem Auftrag nicht beiliegen.

- Diese Unterlagen erhalten Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner.
- Falls nicht, können Sie die Unterlagen im Internet unter [www.hallesche.de/ktig-gruppe-vvg](http://www.hallesche.de/ktig-gruppe-vvg) und [www.verdienstausfallschutz.pd-business.de](http://www.verdienstausfallschutz.pd-business.de) aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

Die Satzung des „Verein zur Erhaltung und Förderung der Arbeitskraft e.V.“ finden Sie unter [www.vefa-ev.de/formulare/](http://www.vefa-ev.de/formulare/). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bezüglich des von mir beantragten Tarifes ZbKV-KT3K die folgenden Unterlagen in Textform erhalten oder selbst ausgedruckt habe:

- »Allgemeine Versicherungsbedingungen«: Tarif nebst Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) sowie Tarifbedingungen (TB/KT 2013).
- »Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen«.
- Das »Informationsblatt zu Versicherungsprodukten« und die »Verbraucherinformation« sowie »Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person«.
- Die »Widerrufsbelehrung« und den »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung«.
- Die »Datenschutzerklärung« und »SEPA-Lastschriftmandat«, sowie die »Erklärung zum Beratungsrecht«.
- Die Satzung des „Verein zur Erhaltung und Förderung der Arbeitskraft e.V.“.

_____	X _____	X _____
Ort, Datum	Unterschrift, Person 1	Unterschrift, Person 2
_____	X _____	
Ort, Datum	bei Minderjährigen Unterschrift /Einwilligung des Erziehungsberechtigten	

### Datenschutzvereinbarung

#### Ich bin damit einverstanden,

- dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten entsprechend der umseitig abgedruckten »Erklärung zum Datenschutz« erfolgt.
- dass die Firma pd business solutions GmbH Kontakt zu mir aufnehmen darf gemäß der nachstehenden Angaben:

	Person 1		Person 2
per			
Telefon (Festnetz)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nr.: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nr.: _____
Telefon (mobil)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nr.: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nr.: _____
E-Mail	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mail: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mail: _____

**Insbesondere erkläre ich mich unbedingt und ausdrücklich mit dem Datenaustausch zwischen der Firma pd business solutions GmbH und der Hallesche Krankenversicherung a.G. einverstanden und ermächtige die Firma pd business solutions GmbH zur direkten Datenübermittlung an die Hallesche Krankenversicherung a.G.**

#### Widerruf

Ihre abgegebene Erklärung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich per E-Mail oder Post an die u.g. Anschrift. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung in der Zeit vor dem Widerruf wird durch diesen nicht rückwirkend beseitigt. Ferner kann ein Widerruf der Einwilligung dazu führen, dass der Maklerauftrag nicht oder nicht mehr vertragsgemäß ausgeführt werden kann.

#### Erstinformation nach § 11 VersVermV

Die Firma pd business solutions GmbH ist gemäß § 11 VersVermV dazu verpflichtet, beim ersten Geschäftskontakt Informationen über ihren Status an den Verbraucher zu übergeben. Diese Informationen finden sich im Internet unter dem nachstehend genannten Link: [www.verdienstausfallschutz.pd-business.de/impressum](http://www.verdienstausfallschutz.pd-business.de/impressum)

**Ich habe die Erstinformation erhalten und zur Kenntnis genommen.**

_____	X _____	X _____
Ort, Datum	Unterschrift, Person 1	Unterschrift, Person 2

## **Erklärung zum Datenschutz**

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie als unseren Kunden über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die pd business solutions GmbH und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### **Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

#### **pd business solutions GmbH**

Peter Diener

Tritschler Str. 9

66606 St. Wendel

E-Mail: [info@pd-business.de](mailto:info@pd-business.de)

Tel.: +49 (0) 6851 93982-0

Fax: +49 (0) 6851 93982-20

Registrierungsnr.: D-VZQP-ZAS8V-92

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch im Internet unter: <https://www.verdienstausfallschutz.pd-business.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.

#### **Eine Beratung und Betreuung, sowie ein Vertragsabschluss ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Die zum Abschluss und zur Durchführung benötigten Antrags- und Vertragsdaten aller mit der Firma pd-business solutions GmbH oder Halleische Krankenversicherung a.G. bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung 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, Gewerkschaftszugehörigkeit) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete 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 des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern sowie für Markt- und Meinungsumfragen.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### **Zusammenarbeit mit anderen Stellen bei Weitergabe und Empfang der Daten**

Im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen, Vertragsverwaltungen und Abwicklungen von Leistungs- und Schadensfällen etc. kann es erforderlich sein, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Hierbei handelt es sich um:

- Versicherer
- Rückversicherer
- kooperierende Versicherungsmakler
- technische Dienstleister
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer
- Versicherungsombudsmänner
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
- Rechtsnachfolger
- Assekuradeur

Eine Liste aller Empfänger und Kategorien finden Sie in jeweils aktueller Fassung auf unserer Webseite unter [www.pd-business.de](http://www.pd-business.de). Gerne schicken wir Ihnen darüber hinaus diese Liste auf Anfrage auch postalisch zu.

Ihre Daten werden nur in dem Maße weitergegeben, wie es nach dem jeweiligen Zweck der Verarbeitung erforderlich ist.

### **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 nach Beendigung des Vertrages.

### **Betroffenenrechte**

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

### **Widerspruchsrecht**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

### **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:

#### **Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit**

**Fritz-Dobisch-Straße 12**

**66111 Saarbrücken**

**[poststelle@datenschutz.saarland.de](mailto:poststelle@datenschutz.saarland.de)**

**Tel. +49 (0)681 94781-0**