

ALTE OLDENBURGER
 Postfach 1363
 49362 Vechta

**Mitversicherung eines neugeborenen Kindes
 zum Versicherungs-Vertrag:**

gemäß Paragraph 2 Absatz 2 der Musterbedingungen
 für die Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009)

Vor- und Zuname:
 Wohnort:

Ich bin bei Ihnen unter der obigen Versicherungsnummer gegen Krankheitskosten versichert und beantrage die Mitversicherung meines neugeborenen Kindes nach den Tarifen dieses Vertrages ab Geburt unter Wegfall der Wartezeiten.

Rufname	Geb.-Tag	Geschlecht (m/w)	Tarife
1.			
2.			
3.			

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen zur Angebotsanfrage oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an seine Vermittler weitergibt. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen überlassen wurde.

Die Vertragsbestimmungen für die hiermit beantragten Tarife liegen mir vor und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherungsnehmers
 und/oder des Erziehungsberechtigten

Mitversicherung meines neugeborenen Kindes

Vorname, Name (bitte ergänzen!)

ALTE OLDENBURGER
Postfach 1363
49362 Vechta

Name:
wohnhaft in:
Vers.-Nr.:

Entbindung von der Schweigepflicht - Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte ankreuzen!

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.
Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer - falls erforderlich - in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

-Ort, Datum-

-Unterschrift des Versicherungsnehmers-
und/oder des Erziehungsberechtigten

- 3 -

ALTE OLDENBURGER
 Postfach 1363
 49362 Vechta

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Bitte ankreuzen und unterschreiben:

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Steueridentifikationsnummer aller zu versichernden Personen:
 Versicherungsnummer:

Pers. 1: Name, Vorname	Steuer-ID: (11 stellig)																		
------------------------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die vorstehende Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden möchte ich **nicht** abgeben. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile. Die Einwilligung kann nachträglich, spätestens bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr (Kalenderjahr, in dem die Beiträge geleistet worden sind) folgt, erteilt werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragsstellers (Unterschriften der zu vers. Personen über 16 Jahren)
------------	---