

Den Abschluss des Versicherungsvertrages habe ich mit dem Zahlschein beantragt. Hiermit beantrage ich die Dauer-Police, nach welcher sich der Versicherungsvertrag jeweils um ein weiteres Kalenderjahr verlängert, für folgende Personen:

Vorname, Name <b>Antragsteller/1. versicherte Person/Beitragszahler</b>	Geburtsjahr	Geschlecht	Straße, Hausnr. (nur vom Antragsteller erforderlich)	PLZ, Wohnort (nur vom Antragsteller erforderlich)
Vorname, Name <b>2. versicherte Person</b>	Geburtsjahr	Geschlecht	Vorname, Name <b>3. versicherte Person</b>	Geburtsjahr Geschlecht
Vorname, Name <b>4. versicherte Person</b>	Geburtsjahr	Geschlecht	Telefonnr. (freiwillige Angabe vom Antragsteller)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe vom Antragsteller)

**SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften**

**Empfänger**

**Gläubiger-ID**

**Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach DE62SDK00000062000**

Ich ermächtige Sie, **wiederkehrend** Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meinen unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Bankname**

**IBAN**

**BIC**

**Hinweise:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Mit der Verkürzung der Ankündigungsfrist für fällige Beiträge von 14 auf 5 Tage bin ich einverstanden.

Sofern die versicherte Person vom Antragsteller abweicht: Es wird bestätigt, dass es sich bei der zu versichernden Person um einen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz bzw. § 15 Abgabeordnung handelt (nähere Informationen finden Sie am Ende dieses Dokumentes).

**Bitte ankreuzen falls nicht zutreffend:**

Nein, bei der zu versichernden Person handelt es sich nicht um einen nahen Angehörigen. In diesem Fall ist der Abschluss eines Vertrages nicht möglich.

Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Außendienstpartner oder Regionaldirektor oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK Versicherungsgruppe sowie zum Angebot von kooperierenden Vertriebspartnern<sup>1</sup>, per Telefon, E-Mail oder Social Media, informiert zu werden. Hierzu willige ich ein, dass der für die Betreuung meines Vertrages zuständige Außendienstpartner der SDK sowie die von meinem Versicherer beauftragten Unternehmen über diesen Versicherungsvertrag in Kenntnis gesetzt werden und entbinde die Mitarbeiter der SDK insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Einwilligung kann ich jederzeit – ohne Einfluss auf das Vertragsverhältnis – mit Wirkung für die Zukunft telefonisch, schriftlich oder per E-Mail an sdk@sdk.de widerrufen. Die beigefügten Informationen zur Verwendung meiner Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

<sup>1</sup> SDK Versicherungsgruppe (Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Ideal Lebensversicherung a.G., mhplus Betriebskrankenkasse, Stuttgarter Lebensversicherung a.G., gesundwerker eG

Ich bin damit einverstanden, dass der Außendienst der SDK über diesen Versicherungsvertrag in Kenntnis gesetzt wird und willige jederzeit für die Zukunft widerrufbar ein, dass meine nach § 203 StGB geschützten Daten an den für mich zuständigen Außendienstpartner zu Beratungszwecken übermittelt werden und entbinde die Mitarbeiter der SDK insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Nein, ich bin hiermit nicht einverstanden.

**Bitte beachten Sie auch die besonderen Bedingungen für die Dauer-Police.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Antragstellers/Beitragszahlers**

**Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:**

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.**

**Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein, bzw. gebe ich zu folgenden Sachverhalten die umseitigen Erklärungen ab.**

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SDK
  - 2.1 Datenweitergabe an Notfallpartnerunternehmen im Rahmen der Auslandsreisekrankenversicherung
  - 2.2 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - 2.3 Übertragung von Aufgaben an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
3. Schweigepflichtentbindungserklärung im Rahmen der Auslandsreisekrankenversicherung

**Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie am Ende dieses Dokumentes**

**Weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung**

Ferner willige ich in die „Einwilligung in die Bonitätsauskunft“ sowie in die „Zusätzliche Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten den Vermittler/Serviceanbieter betreffend“ ein.

**Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich die auf den nächsten Seiten abgedruckten und von mir mit meiner Unterschrift abgegebenen Erklärungen zur Kenntnis genommen habe. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Antrages.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Antragstellers/Beitragszahlers**

**Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en)** ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen.