

Description of benefits for International Health Insurance with the right to further insurance – Tariff LA-VN U / LA-VNS U

Health insurance for German citizens abroad and foreign visitors in Germany under a special agreement between DR-WALTER GmbH and INTER Krankenversicherung AG

A. Benefits	Tariff LA-VN U of INTER Krankenversicherung AG
(1) Outpatient and inpatient treatment	<p>Costs for medically necessary outpatient and inpatient treatment and childbirth abroad are reimbursed with 100% of the invoice amount; this includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medical services such as counselling, visits, special services and operations; • midwife services; • travel expenses of the nearest physician; • x-ray, radium and isotope diagnosis and therapy; • medically prescribed medicine and dressing material; • medically prescribed remedies; (medicinal baths, massages, radiotherapy, inhalation, electrical and physical treatment and remedial exercise) • medically prescribed medical aids; (glasses, contact lenses, bandages, orthotics, hernia supports, abdominal belts, compression stockings, artificial limbs, hearing aids and orthotic braces (basic version)); • A right to receive benefits for the renewed purchase of a visual aid (glasses, contact lenses) arises 2 years after the last purchase. Reimbursement of up to € 250 every two years. • preventive medical examinations in accordance with statutory programs (statutory programs in the Federal Republic of Germany); • vaccinations: vaccinations for children (e. g. pertussis, hepatitis B, polio, measles, mumps, rubella), rabies, tetanus, diphtheria • psychotherapy up to 20 sessions per person and calendar year • accommodation, catering and care at a hospital; • necessary transport to the nearest hospital and back for inpatient medical treatment.
(2) Dental treatment abroad	<p>In case of medically necessary dental treatment abroad, costs are reimbursed up to a maximum amount of € 2,500 per calendar year and person with the following percentages of the invoice amount as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dental treatment including necessary fillings, surgical treatment and periodontitis treatment is reimbursed with 100% of the invoice amount; • Dentures, repair of existing dentures, dental crowns, dental bridges, pivot teeth and orthodontic treatment (orthodontics) are reimbursed with 80% of the invoice amount;
(3) Right to further insurance when returning to Germany	<p>After the end of his/her stay abroad, the insured can change to other tariffs provided by INTER Krankenversicherung AG if they are open for new members. The duration of such insurance will be set off against potential waiting periods. The insured must apply for a new contract within two months after his/her return;</p>
(4) Additional services of the insurer	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% of the costs for a necessary return transport – insofar as they constitute additional travel expenses – if a return transport to the home country becomes medically necessary. Costs for return transport include any costs incurred for medical services, medicine and dressing materials during the return transport; 2. The necessary costs for transport of mortal remains to the home country (residence or place of residence of the deceased) up to € 5,000 € in case of a transport within Europe, otherwise up to € 10,000 3. 100% of funeral costs abroad up to the amount that would have been reimbursed in case of transport of mortal remains;
(5) Benefit exclusions	<p>No insurance cover is provided</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. for treatments that were the sole reason or one of the reasons for the journey, 2. for diseases and ailments existing and/or known at the start of insurance and their consequences as well as for the consequences of diseases and accidents that were treated in the last 6 months prior to the start of insurance. <p>Please refer to §5 of the General Insurance Conditions for all other benefit exclusions.</p>
(6) Long-term care insurance	<p>If necessary, long-term care insurance can be added to the tariff LA-VN U.</p>



B. Special conditions	Tariff LA-VN U of INTER Krankenversicherung AG
(1) Insurability	<p>The following persons can purchase this tariff:</p> <ul style="list-style-type: none"> • German citizens during temporary stays abroad; • Foreign employees of companies located in Germany during temporary stays in Germany with a residence permit; • Foreign interns of companies located in Germany • Visitors of companies located in Germany who stay with the company for the purpose of information • Students enrolled for their main studies or work on their doctoral thesis <p>Family members (spouses and children) of the above mentioned persons can also be insured under the conditions of this tariff.</p> <p>Compulsory long-term care insurance is required for foreigners who want to purchase health insurance in Germany. Japanese and Korean citizens are not allowed to be insured under this tariff.</p>
(2) Maximum term of insurance	unlimited
(3) Interruption of the stay abroad	If insurance cover existed during a stay abroad of at least 6 months, such cover is extended to the home country during a temporary stay of up to 6 months.
(4) End of insurance	Insurance cover ends – also for pending claims – with the end of the insurance contract.
(5) Deductible (SB)	This tariff can be purchased with or without a deductible. If a deductible is agreed, this tariff's benefits for outpatient treatment are reimbursed minus the deductible. The deductible amounts to € 300 per person and calendar year. If the insurance policy does not start on the 1 st of January, the deductible for this year is reduced by 1/12 for every month during which insurance cover did not exist.

C. Long-term care insurance	Tariff VPN of INTER Krankenversicherung AG
Domiciliary care	<p>Reimbursement for domiciliary care expenses by licensed caregivers per month</p> <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care level 1 no benefits • Long-term care level 2 up to € 689 • Long-term care level 3 up to € 1,298 • Long-term care level 4 up to € 1,612 • Long-term care level 5 up to € 1,995
Care allowance	<p>Instead of reimbursement, a monthly care allowance for domiciliary care by family members or other persons can be paid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care level 1 no benefits • Long-term care level 2 up to € 316 • Long-term care level 3 up to € 545 • Long-term care level 4 up to € 728 • Long-term care level 5 up to € 901
Partial hospitalization	<p>Reimbursement of expenses for partial hospitalization per month</p> <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care level 1 no benefits • Long-term care level 2 up to € 689 • Long-term care level 3 up to € 1,298 • Long-term care level 4 up to € 1,612 • Long-term care level 5 up to € 1,995
Inpatient care	<p>Reimbursement of expenses for permanent care in licensed inpatient care facilities per month</p> <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care level 1 up to € 125 • Long-term care level 2 up to € 770 • Long-term care level 3 up to € 1,262 • Long-term care level 4 up to € 1,775 • Long-term care level 5 up to € 2,005



D. Premiums*		Monthly premiums in €		
Age	Tariff LA-VN U without deductible	Tariff LA-VNS U with a deductible of € 300	Tariff PVN Long-term care insurance	
0-15	133.15	99.60	29.00	
16-18	132.80	99.60	29.00	
19	132.80	99.60	29.65	
20	132.80	99.60	30.33	
21	168.98	139.76	31.03	
22	172.16	143.13	31.76	
23	175.30	146.45	32.50	
24	178.37	149.71	33.27	
25	181.38	152.89	34.07	
26	184.29	155.98	34.89	
27	187.08	158.94	35.74	
28	189.72	161.74	36.62	
29	192.16	164.32	37.54	
30	194.48	166.80	38.48	
31	196.65	169.14	39.47	
32	198.61	171.29	40.49	
33	200.32	173.22	41.55	
34	201.70	174.85	42.65	
35	203.11	176.50	43.80	
36	204.54	178.15	45.00	
37	206.00	179.83	46.25	
38	207.49	181.51	47.55	
39	209.01	183.20	48.91	
40	210.85	185.16	50.33	
41	213.08	187.47	51.82	
42	215.79	190.19	53.38	
43	219.11	193.45	55.01	
44	223.18	197.37	56.73	
45	227.64	201.66	58.53	
46	232.59	206.38	60.43	
47	238.14	211.66	62.42	
48	244.42	217.60	64.52	
49	251.60	224.35	66.74	
50	259.17	231.48	69.08	
51	267.18	239.02	71.54	
52	275.70	247.04	74.15	
53	284.78	255.59	76.89	
54	294.45	264.69	79.80	
55	304.11	273.81	82.88	
56	313.83	282.99	86.14	
57	323.64	292.29	89.60	
58	333.65	301.80	93.28	
59	343.97	311.64	97.21	
60	354.27	321.51	101.39	
61	364.54	331.40	105.86	
62	374.75	341.29	110.63	
63	384.87	351.16	115.74	
64	394.85	360.99	121.22	
65	404.29	370.35	127.10	
66	413.89	379.83	133.41	
67	423.30	389.16	140.20	
68	432.55	398.36	147.52	
69	441.68	407.46	155.41	
70	450.70	416.46	163.93	

* Due to the considerably higher cost risk, there will be a surcharge of 250% for stays in the USA and 70% for stays in Canada.



This description of benefits applies in connection with the General Insurance Conditions (AVB) for Health Insurance under tariff LA-VN U (Tariff categories LA-VN U and LA-VNS U).

Registration/Payment of premiums

Purchasing this insurance policy is rather easy:

Please fill in the attached registration form and send it back to us. Within a few days, you will receive your insurance certificate and after approx. 4 weeks your personal insurance card. Premiums are paid by monthly direct debit.

If you have any questions, please contact us. Your contact person:



Christian Metz

T +49 (0) 2247 9194 -754

F +49 (0) 2247 9194 -304

metz@dr-walter.com

DR-WALTER

Versicherungsmakler GmbH (Insurance Brokers)

Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Germany

www.dr-walter.com

Anmeldung zur Auslandsreisekrankenversicherung der INTER Krankenversicherung AG Tarif LA-VN U / LA-VNS U //

vermittelt durch // provided by
DR-WALTER
Versicherungsmakler GmbH

Application to INTER Krankenversicherung AG Tarif LA-VN U / LA-VNS U

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices	Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // Policy no. (to be indicated after application)
--	---

Antragsteller // Applicant

<input type="checkbox"/> Frau // Ms <input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name	Geburtsdatum // Date of birth
Steuer-Identifikationsnummer	Straße, Hausnr., ggf. c/o // Street, street no., if needed c/o		Ort // City
PLZ // Postal code	Telefon // Telephone	Fax	E-Mail

1. Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured

<input type="checkbox"/> Frau // Ms <input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name	Geburtsdatum // Date of birth
Steuer-Identifikationsnummer	Staatsangehörigkeit // Nationality	Reiseland // Travel Destination	
Versicherungsbeginn (TT/MM/JJJJ) // Commencement of Insurance (dd/mm/yyyy)	01	Grund des Aufenthaltes, bzw. Tätigkeit im Reiseland // Reason for the stay or kind of work in the travel country	

2. Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured

<input type="checkbox"/> Frau // Ms <input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name	Geburtsdatum // Date of birth
Steuer-Identifikationsnummer	Staatsangehörigkeit // Nationality	Reiseland // Travel Destination	
Versicherungsbeginn (TT/MM/JJJJ) // Commencement of Insurance (dd/mm/yyyy)	01	Grund des Aufenthaltes, bzw. Tätigkeit im Reiseland // Reason for the stay or kind of work in the travel country	

3. Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured

<input type="checkbox"/> Frau // Ms <input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name	Geburtsdatum // Date of birth
Steuer-Identifikationsnummer	Staatsangehörigkeit // Nationality	Reiseland // Travel Destination	
Versicherungsbeginn (TT/MM/JJJJ) // Commencement of Insurance (dd/mm/yyyy)	01	Grund des Aufenthaltes, bzw. Tätigkeit im Reiseland // Reason for the stay or kind of work in the travel country	

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // I choose the following insurance coverage

	<input type="checkbox"/> Tarif LA-VN U (ohne Selbstbeteiligung // without excess)	<input type="checkbox"/> Tarif LA-VNS U (Tarif mit 300€ Selbstbeteiligung // Tarif with excess of 300€)	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung PVN // Long-term care insurance PVN (verpflichtend bei Aufenthalt in Deutschland // required for stay in Germany)
1. Person	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €
2. Person	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €
3. Person	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €	monatlicher Beitrag in € // monthly fee in €

Welche Versicherungen bestanden vorher? // What insurance existed before?

	Krankenversicherung bei // Health insurance with	Zeitraum (von - bis) // Period (from - to)	Pflegeversicherung bei // Care insurance with	Zeitraum (von - bis) // Period (from - to)
1. Person				
2. Person				
3. Person				



SEPA Lastschriftmandat¹⁾ // SEPA direct debit mandate¹⁾

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG²⁾, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG²⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

I hereby authorize INTER Krankenversicherung AG²⁾ to collect payments from my/ our bank account by direct debit. I also instruct my bank to pay the direct debits drawn by INTER Krankenversicherung AG²⁾ from my/ our account.

Note: I am entitled to demand the refund of the debited amount within eight weeks from the debit date. The terms and conditions agreed with my/ our bank shall apply.

Zahlungsweise // Method of payment

Monatliche Zahlung durch Einzugsermächtigung von folgendem Konto (nur von einem deutschen Konto möglich): // **Monthly payment** by direct debiting to the following account (only possible with a German bank account):

Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller): Vorname, Nachname // Account holder (if not the applicant): first name, family name		
IBAN	BIC	Kreditinstitut // Financial institution
Ort, Datum // Date, Place		Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder

¹⁾ Die SEPA-Lastschrift (SEPA = Single Euro Payments Area) löst das bisher im Inland verwandte Lastschrifteinzugsermächtigungsverfahren ab.

¹⁾ The SEPA direct debit mandate (SEPA = Single Euro Payments Area) replaces the direct debit procedure formerly used in your country.

²⁾ Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ0000011807, führt den Lastschrifteinzug auch für ihre Tochtergesellschaften, die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

²⁾ Inter Krankenversicherung AG will also carry out direct debits on behalf of its subsidiaries Inter Lebensversicherung AG and Inter Allgemeine Versicherung AG under creditor identification no. DE 86ZZZ0000011807.

Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature

Mir ist bekannt, dass 1. für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; 2. für die bei Versicherungsbeginn bestehende und/ oder bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind, kein Versicherungsschutz besteht.

Das Tarifblatt Auslandsreisekrankenversicherungen mit Weiterversicherungsrecht sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung der INTER Krankenversicherung AG liegen mir vor. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese gelesen zu haben.

Die Monatsprämie soll vom o. g. Konto jeweils zum Monatsanfang abgebucht werden.

I am aware that there is no insurance cover 1. for treatments abroad which where the only reason or one of the reasons for the journey; 2. for the illnesses and complaints existing and/ or known at the commencement of insurance and their consequences as well as for the consequences of those illnesses and accidents which were treated in the last six months before the commencement of insurance.

I have received the summary sheet for the foreign health insurance policy with entitlement to subsequent coverage as well as the General Conditions for foreign health insurance of INTER Krankenversicherung AG. By signing this document I confirm to have read this information.

Please debit the monthly insurance fee to the account mentioned above at the beginning of each month.

Ort, Datum // Date, Place	Unterschrift des Antragstellers // Signature of applicant
Unterschrift der 1. Person oder gesetzliche Vertreter // Signature of 1. Person or legal representatives	
Unterschrift der 2. Person oder gesetzliche Vertreter // Signature of 2. Person or legal representatives	
Unterschrift der 3. Person oder gesetzliche Vertreter // Signature of 3. Person or legal representatives	

Bitte senden Sie diesen Antrag an // Please send this application form to:

DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH
Eisenerzstrasse 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

T +49 (0) 2247 9194-929
F +49 (0) 2247 9194-304

privatkunden@dr-walter.com

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹⁾

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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, benötigt die INTER Krankenversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ärzte, Krankenhäuser und Gutachter weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die INTER selbst (unter 1.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (unter 2.).

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 durch die INTER

Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

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

Die INTER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die INTER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <http://www.inter.de> eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim E-Mail: datenschutzbeauftragter@inter.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten uns sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Consent to the collection and use of health data and release from the professional duty to secrecy¹⁾

The provisions of the Insurance Contract Act (Versicherungsvertragsgesetz), the General Data Protection Regulation (EU-Datenschutzgrundverordnung), the Federal Data Protection Act (Bundesdatenschutzgesetz) and other data protection regulations do not represent a sufficient legal basis for the collection, processing and use of health data by insurance companies. INTER Krankenversicherung AG (INTER) therefore needs your dataprotection-related consent(s) to be allowed to collect and use your health data for the present application and the contract. In addition, INTER needs your release from the professional duty to secrecy to be allowed to collect your health data from organizations subject to professional secrecy, e.g. physicians. As a health insurance enterprise, INTER furthermore needs your release from the duty to professional secrecy to be allowed to pass on your health data or other data protected under Section 203 Criminal Code (Strafgesetzbuch), such as e.g. the fact that a contract with you exists, to other organizations, e.g. physicians, hospitals and experts.

You are free to refrain from giving the consent and confidentiality declaration or to revoke it at any time later with effect for the future at the address given. However, we point out that without the processing of health data the conclusion or the execution of the insurance contract will usually not be possible. The declarations are related to the handling of your health data and other data protected under Section 203 Criminal Code

- by INTER itself (under 1.), and
- in case of disclosure to organizations outside of INTER (under 2.).

The declarations only apply to the persons who are legally represented by you such as your children, to the extent they are not capable of understanding the significance of this consent and are therefore unable to make their own declarations.

1. Collection, storage and use by INTER of the health data disclosed by you

I consent to the collection, storage and use by INTER of the health data disclosed by me in this application and in the future, to the extent this is necessary for review of the application as well as for justification, implementation and termination of this insurance contract.

2. Disclosure of your health data and other data protected under Section 203 Criminal Code to organizations outside of INTER

INTER will put the following organizations under contractual obligation to comply with the data protection and data security regulations.

2.1. Delegation of tasks to other organizations (enterprises or persons)

Certain activities such as risk assessment, case management or customer telephone support, which may involve collection, processing or use of your health data, are not carried out by INTER itself but delegated to another INTER Versicherungsgruppe company or to another organization. If your data protected according to Section 203 Criminal Code are disclosed in the process, INTER needs your release from the professional duty to secrecy for itself and, as far as necessary, for the other organizations. INTER keeps a continuously updated list on the organizations and categories of organizations which collect, process or use health data for INTER as contractually agreed, indicating the delegated task. The currently valid list has been attached to the declaration of consent as annex. A current list may also be viewed on the Internet at <http://www.inter.de> or obtained from the data protection officer of INTER Versicherungsgruppe (address: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; e-mail: datenschutzbeauftragter@inter.de). INTER needs your consent for the disclosure of your health data to and its use by the organizations indicated on the list.

I consent to the disclosure by INTER of my health data to the organizations indicated on the aforementioned list and consent to the collection, processing and use of the health data by said organizations to the same extent as INTER would be allowed to do. I release the employees of INTER Versicherungsgruppe and other organizations from their professional duty to secrecy with a view to the disclosure of health data and other data protected according to Section 203 Criminal Code to the extent necessary.

2.2. Disclosure of data to independent insurance agents

INTER does not disclose any information concerning your health to independent insurance agents as a matter of principle. In the following cases, however, it may occur that data allowing conclusions to be drawn on your health or data protected according to Section 203 Criminal Code are disclosed. To the extent necessary for the purpose of contract-related consultation, the insurance agent may receive information on whether and possibly under what conditions (e.g. acceptance with risk surcharge, exclusion of certain risks) your contract can be accepted. The insurance agent who negotiated your contract will be informed that the contract was concluded and about the contract content. He will also be informed about whether risk surcharges or the exclusion of certain risks were agreed. If you change your insurance agent, the transmission of contract data containing information on existing risk surcharges and exclusion of certain risks to the new agent may occur. If you change your insurance agent, you will be informed prior to transmission of health data pointing out your option to object.

I consent to the transmission by INTER of my health data in the above mentioned cases – as far as necessary – to the insurance agent in charge of me and that said data is collected, stored and used there for consultation purposes.

¹⁾ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

¹⁾ The text of the declaration of consent/release from the professional duty to secrecy was coordinated with the data protection authorities in spring 2011.

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise

Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH mit einer ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Auslandsreisekrankenversicherung gewährt die INTER Krankenversicherung AG, Erzberger Str. 9-15, 68165 Mannheim.

Sitz: Mannheim, Handelsregister-Nr. HRB 723887 beim Amtsgericht Mannheim

Vertragsgrundlagen

Der Auslandsreisekrankenversicherung Tarif LA-VN U / LA-VNS U liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung der INTER Krankenversicherung AG zugrunde.

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

INTER Krankenversicherung AG
c/o DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Fax: +49 (0) 2247 9194-304
E-Mail: privatkunden@dr-walter.com

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Registergericht Siegburg HRB 14554
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen
Kreissparkasse Köln
IBAN: DE87 3705 0299 0001 0541 10
BIC: COKSDE33XXX
Kostenlose Servicenummer: 0800-678 2222
T +49 (0) 2247 9194-0
F +49 (0) 2247 9194-40
www.dr-walter.com
info@dr-walter.com

Final declaration of the applicant and the person to be insured as well as other important legally binding information.

Consent clause

I consent to the insurers and DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH as far as it serves the duly accomplishment of my insurance matters to record general contract data, contribution data and insurance cases in data pools. General data may also be transmitted to the agency where the insurance was purchased.

Contract partners

With respect to this insurance product, DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH works together with a selected, renowned insurance company.

Insurance coverage is provided by:
INTER Krankenversicherung AG, Erzberger Str. 9-15, 68165 Mannheim.

Registered office: Mannheim, Amtsgericht Mannheim (Registration Court), HRB 723887

Contract basis

The health insurance policy is based on the General Insurance Conditions Tarif LA-VN U / LA-VNS U of INTER Krankenversicherung AG.

The insurance policy is governed by German Law. In case of appeal, the responsible supervisory authority is the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

In case of appeal, you are furthermore entitled to apply to an extra-judicial arbitrator:

- If you have any complaints regarding health insurance topics, please direct them to the ombudsman for private health and long term care insurance:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin.
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman:
Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

The ombudsman is both extra-judicial arbitrator for the settlement of disputes regarding insurance contracts with consumers and for the settlement of disputes between insurance brokers and insured persons. His decisions are not binding for the insurer. The possibility of initiating legal proceedings remains unaffected.

In case of appeal, please also refer to the responsible supervisory authority:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Right of revocation

You may revoke your application without indicating reasons by regular mail, fax, e-mail, within 14 days of concluding the contract.

To adhere to this time limit, it is sufficient to send your declaration in good time. Please send your declaration to:

INTER Krankenversicherung AG
c/o DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH
Postal address: Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany
Fax: +49 (0) 2247 9194-304
E-mail: privatkunden@dr-walter.com

Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH
(Insurance Brokers)
Eisenerzstrasse 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany
Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 14554
Executive Manager: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen
Bank account at Kreissparkasse Köln
IBAN: DE87 3705 0299 0001 0541 10
BIC: COKSDE33XXX
free service hotline: 0800-678 2222
T +49 (0) 2247 9194-0
F +49 (0) 2247 9194-40
www.dr-walter.com
info@dr-walter.com