

# Verdienstausfall-Schutz

mit ansteigenden Leistungen im Krankheitsfall, Gesundheitsberatung,  
Facharztterminservice und digitalem Arztbesuch

Online Auftrag – Legitimation zur Erfassung der Daten

Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_

## Antragsteller

Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits SDK-Mitglied?

Nachname \_\_\_\_\_

ja  nein

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Adressergänzung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Person(en)

**Person 1**

Frau  Herr

**Person 2**

Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

## Angaben zur Aufnahme

**Person 1**

**Person 2**

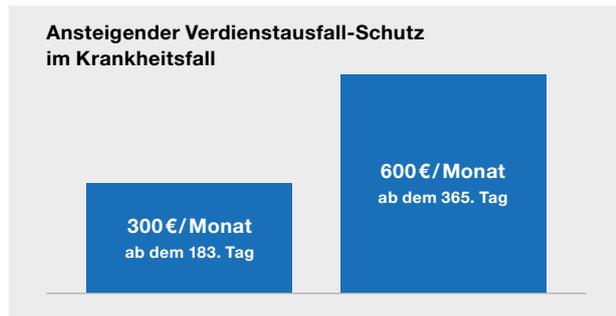
Bitte beantworten Sie folgende Frage:

Bitte beantworten Sie folgende Frage:

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig oder gelten für Sie in den  
nächsten 8 Monaten Mutterschutzfristen  
aufgrund einer Schwangerschaft?  ja  nein

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig oder gelten für Sie in den  
nächsten 8 Monaten Mutterschutzfristen  
aufgrund einer Schwangerschaft?  ja  nein

## Art und Umfang des Versicherungsschutzes



Inklusive Gesundheitsberatung, Facharztterminals und digitaler Arztbesuch

Altersstufe	mtl. Beitrag <sup>1)</sup>
16 - 25 Jahre	1,20 €
26 - 35 Jahre	2,00 €
36 - 45 Jahre	3,10 €
46 - 55 Jahre	5,20 €
56 - 70 Jahre	9,30 €

1) Ändert sich zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die höhere Altersstufe erreicht wird.

## Hiermit beantrage ich den Abschluss des Verdienstaufschlagschutzes nach Tarif K2F

Beginn \_\_\_\_\_ (keine rückwirkende Anmeldung möglich)

Für laufende Arbeitsunfähigkeiten, die vor Versicherungsschutz eingetreten sind, wird nicht geleistet.

**Gesundheitsberatung, Facharztterminals und digitaler Arztbesuch können sofort ab Versicherungsbeginn genutzt werden (gilt auch für Vorerkrankungen).**

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, wiederkehrende Zahlungen mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen und entstandenes Guthaben gutschreiben zu lassen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Sofern die Guthaben auf eine abweichende Bankverbindung ausgezahlt werden sollen, teile ich / teilen wir dies unter Angabe der Vertrags- und Bankverbindungsdaten mit.

Bankname \_\_\_\_\_

Zahlungsweise

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

monatlich  jährlich

### Name und Anschrift des Zahlers:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Empfänger

Neodigital Versicherung AG  
Untere Bliesstraße 13-15  
66538 Neunkirchen

### Gläubiger-ID

DE44ZZZ00002063822

### Mandatsreferenznummer

wird nachträglich mitgeteilt

**Hinweise:** Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. Mit der Verkürzung der Ankündigungsfrist für fällige Beiträge von 14 auf 1 Tag bin ich einverstanden.

1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler

## Ich erkläre, dass

- alle von mir gemachten Angaben, einschließlich der geforderten Gesundheitsangaben, wahrheitsgemäß getätigt wurden.
- für die zu versichernden Personen die Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- keine weitere Krankentagegeldversicherung für mich besteht oder die Summe aller für mich abgeschlossenen Krankentagegeldversicherungen zusammen mit einer etwaigen Krankengeldzahlung mein Nettoeinkommen nicht übersteigt.
- auch für die ggf. mitzuversichernde Person ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis besteht.
- ich mit der zuvor genannten Vorgehensweise einverstanden bin und vor Abschluss des Vertrages auf eine Beratung verzichte.

---

## Empfangsbestätigung

Ein Bestandteil der Krankentagegeldversicherung Tarif K2F 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.vg-wi.de/mitarbeiter** aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bezüglich des von mir beantragten Tarifes K2F die folgenden Unterlagen in Textform erhalten oder selbst ausgedruckt habe:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen zum Tarif K2F
- Informationsblatt zum Versicherungsprodukt/IPID K2F
- Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG zur vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Informationen zur Verwendung Ihrer Daten
- Widerrufsbelehrung
- Schweigepflichts- und Datenschutzentbindung

---

## Datenschutzvereinbarung

**Ich bin damit einverstanden**, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten entsprechend der umseitig abgedruckten „Erklärung zum Datenschutz“ erfolgt. **Insbesondere erkläre ich mich unbedingt und ausdrücklich mit dem Datenaustausch zwischen der Firma pd business management & network GmbH und der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. einverstanden und ermächtige die Firma pd business management & network GmbH zur direkten Datenübermittlung an die Süddeutsche Krankenversicherung a.G.**

---

## Einwilligung zur Produktinformation per Telefon/E-Mail/Social Media

- Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Makler 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 Makler 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](mailto: sdk@sdk.de) widerrufen. Die Informationen zum Datenschutz und Datensicherheit habe ich zur Kenntnis genommen.

1) 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

---

## Widerrufsrecht

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 management & network 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.vg-wi.de/impressum**

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

2

Ort, Datum

X

Unterschrift des Antragstellers und ggf. der zu versichernden Person

Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an

pd business management & network GmbH, Tritschler Str. 9, 66606 St. Wendel oder [kt@pd-business.de](mailto: kt@pd-business.de)

---

## Erklärung zum Datenschutz

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

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung pd business management & network GmbH

Peter Diener  
Tritschler Str. 9  
66606 St. Wendel

E-Mail: info@pd-business.de  
Tel.: +49 (0) 6851 93982-0  
Fax: +49 (0) 6851 93982-20  
Registrierungsnr.: D-19GV-DUK2U-54

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch im Internet unter:  
[www.vg-wi.de](http://www.vg-wi.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 management & network GmbH oder Süddeutschen 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 Krankenversicherungsvertrages, 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 berechtigte 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 Süddeutschen Krankenversicherung a. G. 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
- Assekurateur

Eine Liste aller Empfänger und Kategorien finden Sie in jeweils aktueller Fassung auf unserer Webseite unter [www.vg-wi.de](http://www.vg-wi.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**  
**Tel. +49 (0)681 94781-0**