

Name des Kunden:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

## Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung oder zur unverbindlichen Antragsvorprüfung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern oder eine Auskunftsei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung oder zur unverbindlichen Antragsvorprüfung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung oder eine Auskunftsei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Ferner willige ich ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die im Rahmen der Bonitäts- und Scoringprüfung ermittelten Ergebnisse dem von mir beauftragten Vermittler übermittelt.

## Erklärung zu Beitragsrückständen

Ich erkläre, dass ich derzeit bei keinem Krankenversicherer im Zahlungsrückstand bin:

- Ja, ich bin derzeit **nicht** im Zahlungsrückstand
- Nein, ich bin derzeit im Zahlungsrückstand

(Bei falschen Angaben behält sich die HALLESCHE Krankenversicherung die Anfechtung des Vertrages vor.)

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift des Kunden