

**Informationen zur Anmeldung zum Gesundheitsschutzbrief (GS-HC)
Allgemeine Vertragsinformationen entsprechend § 1 der VVG-Informationspflichtenverordnung**

- Dem Gesundheitsschutzbrief (GS-HC) liegt ein **Gruppenversicherungsvertrag zwischen der Santander Consumer Bank AG (als Versicherungsnehmer) und dem in Ziff. 2 genannten Versicherer**, dessen Hauptgeschäftsfeld das Versicherungsgeschäft ist. Personen, die Kunden der Santander Consumer Bank AG sind, können für den Versicherungsschutz nach dem Gruppenversicherungsvertrag angemeldet und dann im Rahmen der Versicherungsbedingungen (jeweils als versicherte Person) in den Versicherungsschutz einbezogen werden. Der Gesundheitsschutzbrief besteht aus einem Krankenhaustagegeld und den Daily Life Services (Hilfs- und Serviceleistungen) welche jeweils unselbständige Teile sind und bilden zusammen einen einheitlichen Versicherungsschutz.
Für das Versicherungsverhältnis gelten neben der Bestätigung des Versicherungsschutzes, diese Vertragsinformationen einschließlich der unten aufgeführten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, das Produktinformationsblatt sowie die wichtigen Hinweise und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen, sind dem Produktinformationsblatt und den nachfolgenden Bedingungen zu entnehmen.
- Versicherer für den Gesundheitsschutzbrief (GS-HC) ist die **CNP Santander Insurance Europe DAC, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irland, Telefon 0800-5888544 (kostenlos)**. Die Handelsregisternummer lautet: Nr. 488062, eingetragen bei dem Companies Registration Office. Mitglieder des Board of Directors: Joaquín Capdevila Coromina, Michael Netzel, Anthony Beckwith (Chief Executive), Thomas Chardonnel (Chairman), Olivier Pekmezian, Yves Couturier, Emmanuelle Roux, Gerry Murphy, Kevin O' Brien
- Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Vertragssprache ist deutsch.
- Das Versicherungsverhältnis kommt mit Ihrer Anmeldung durch telefonische Erklärung Ihres Wunsches der Anmeldung zur Gruppenversicherung als versicherte Person und dem Zugang der Bestätigung über die Anmeldung zustande, sofern Ihre Anmeldung nicht wirksam widerrufen wird (§ 1 der Allgemeinen Bedingungen für den Gesundheitsschutzbrief (GS-HC)).

Allgemeine Bedingungen für den Gesundheitsschutzbrief (AVB-GS-HC)

§ 1 Widerrufsbelehrung

Wann und wie können Sie Ihre Anmeldung zu den Gruppenversicherungsverträgen widerrufen?

Ihnen wird ein vertragliches Widerrufsrecht in Bezug auf Ihre Anmeldung zum Versicherungsschutz nach den Gruppenversicherungsverträgen eingeräumt. Sie können die Anmeldung zu den Gruppenversicherungsverträgen innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen. Ein isolierter Widerruf für einzelne versicherte Risiken des GS-HC ist nicht möglich. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Bestätigung Ihres Versicherungsschutzes, die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen mit vorangestellten Informationen zum Versicherungsschutz nach den Gruppenversicherungsverträgen und weitere Informationen entsprechend § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist insgesamt an den Versicherer **CNP Santander Insurance Europe DAC, Postfach 32 10 80, 40425 Düsseldorf, Telefon: 0800-5888 544** zu richten, der die Versicherungsnehmer entsprechend über das Widerrufsverlangen unterrichtet.

Was sind die Widerrufsfolgen?

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und es wird der zur Erlangung des Versicherungsschutzes gezahlte GS-HC-Betrag in voller Höhe erstattet. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Gibt es besondere Hinweise?

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn das Versicherungsverhältnis auf ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von dem Versicherer **CNP Santander Insurance Europe DAC** vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Schuldner des Versicherungsbeitrages ist der Versicherungsnehmer. Sie müssen Ihre Beiträge an den Versicherungsnehmer zahlen. In der Bestätigung des Versicherungsschutzes ist geregelt, wann, wieviel und an wen Sie den Beitrag zu zahlen haben. Der Beitrag muss entsprechend den Regelungen der Versicherungsbestätigung gezahlt werden. Wird der Erstbeitrag nicht zu dem maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gezahlt, so sind wir berechtigt, den Rücktritt vom Gruppenversicherungsvertrag bezogen auf Ihre Anmeldung zu erklären, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Haben Sie den Erstbeitrag nicht vor Eintritt eines Versicherungsfalles gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind jedoch nur leistungsfrei, wenn Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht wurden.

§ 3 Wie und wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

Um dauerhaft die Leistung erfüllen zu können, dürfen wir bei einer nicht nur vorübergehenden anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber der ursprünglichen Kalkulation den Beitrag neu festsetzen. Voraussetzung ist, dass diese Veränderung den Beitrag beeinflusst. Die Ermittlung der Veränderung des Leistungsbedarfs erfolgt für jedes versicherte Risiko gesondert. Die Mitteilung über eine sich daraus ergebende Beitragsanpassung muss dem Versicherungsnehmer spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden dieser Anpassung mitgeteilt werden.

§ 4 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

- Mit dem in der Bestätigung Ihres Versicherungsschutzes genannten Datum beginnt Ihr Versicherungsschutz.
- Die Dauer des Versicherungsschutzes beträgt ein Jahr und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie mit einer Frist von einem Monat vorher die Kündigung des Versicherungsschutzes von den Versicherungsnehmern verlangt haben bzw. CNP Santander Insurance Europe DAC mit einer Frist von einem Monat vorher die Kündigung des Versicherungsschutzes erklärt hat. Der Versicherungsschutz endet spätestens nach 120 Monaten.
- Der Versicherungsschutz endet zudem mit Ihrem Tod oder mit Vollendung Ihres 69. Lebensjahres.
- Der Versicherungsschutz endet außerdem mit dem Beginn Ihres endgültigen Ruhestandes oder Ihres Vorruhestandes.

§ 5 Welche Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsschutzes gibt es?

Nach Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist können Sie und wir (CNP Santander Insurance Europe DAC) in Textform von dem Versicherungsnehmer die Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses verlangen. Im Schadensfall haben Sie nach Anerkennung der Leistungspflicht das Recht von den Versicherungsnehmern die Beendigung des Versicherungsschutzes zu verlangen bzw. wir haben das Recht, den Versicherungsschutz zu beenden. Die anerkannte Leistung wird durch die Beendigung nicht beeinflusst. Das Kündigungsverlangen ist in beiden Fällen jeweils unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum nächsten Abrechnungsdatum zulässig. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Gesamtprodukts betreffenden Kündigungsverlangens durch Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) an die CNP Santander Insurance Europe DAC, Postfach 32 10 80, 40425 Düsseldorf

Sie haben offene Fragen zu Ihrer Kündigung? Wenden Sie sich bitte an Telefon Nr. 0800 5888 544.

§ 6 Was sind die Folgen einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsverhältnisses?

Im Falle einer vorzeitigen Beendigung Ihres Versicherungsschutzes nach Ablauf der Widerrufsfrist sind die Beiträge bis zum

Angaben zur Laufzeit des Versicherungsverhältnisses, zu Beendigungsmöglichkeiten, über etwaige Nebengebühren, -Kosten und Erstattungsbeträge sind in den unten aufgeführten Versicherungsbedingungen sowie in der Bestätigung Ihres Versicherungsschutzes enthalten.

- Die Höhe des auf Sie entfallenden Gesundheitsschutzbeitrages (GS-HC-Beitrag) und seine Aufteilung auf das Krankenhaustagegeld sowie die Daily Life Services (Hilfs- und Serviceleistungen) sowie die Zahlungsbedingungen sind in der Bestätigung des Versicherungsschutzes aufgeführt.
- Angaben zu den in den GS-HC-Beitrag gegebenenfalls einkalkulierten Kosten sind der Bestätigung Ihres Versicherungsschutzes zu entnehmen.
- Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den oder die Versicherer gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Ist die versicherte Person eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls nicht vorhanden, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- Ist die versicherte Person eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die versicherte Person bei dem Gericht erhoben werden, das für deren Wohnsitz oder, falls nicht vorhanden, den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Bei juristischen Personen bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz oder der Niederlassung.
- Beschwerden können an den unter Ziff. 2 genannten Versicherer, an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn oder Marie-Curie-Str. 24-28 60439 Frankfurt und an Financial Services and Pensions Ombudsman, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, gerichtet werden. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.
- Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Textform (z.B. Brief oder E-Mail); sie werden mit Zugang wirksam.

Zeitpunkt der Beendigung Ihres Versicherungsschutzes zu erbringen. Ihr Versicherungsschutz endet mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihre Kündigung wirksam wird.

§ 7 Gibt es eine Überschussbeteiligung oder einen Rückkaufswert?

Da es sich bei Ihrem Versicherungsschutz um eine reine Risikoversicherung handelt, kann ein Rückkaufswert nicht verlangt werden. Die Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 8 Wer kann versichert werden?

Wir können Ihnen Versicherungsschutz nur gewähren, wenn Sie bei Beginn des Versicherungsschutzes mindestens 18 Jahre alt sind und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie müssen Ihren Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Sie dürfen keinen Behinderungsgrad von mehr als 33% bei Abschluss der Versicherung haben.

§ 9 Was sind Ihre Pflichten (Obliegenheiten) für alle versicherten Risiken?

- Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses haben Sie bestimmte Obliegenheiten zu erfüllen, die im Einzelnen nachfolgend und in den jeweiligen Besonderen Bedingungen geregelt sind.
- Zur Klärung der Leistungspflicht können wir notwendige Nachweise und Auskünfte verlangen. Die mit diesen Nachweisen verbundenen Kosten tragen Sie.
Zur Beurteilung des versicherten Risikos oder der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass Ärzte, die Sie (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden befragt werden. Diese sind für die Leistungsprüfung zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
Die erforderliche Einwilligung können Sie jederzeit erteilen. Dann werden wir Sie vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten unterrichten. Sie können einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Wegfall oder einer Einschränkung unserer Leistungspflicht führen.
Sie können auch jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- Sollte eine vertragliche Obliegenheit vorsätzlich verletzt werden, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.
- Abweichend von § 9 Ziff. 3 AVB-GS-HC sind wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Obliegenheit nicht arglistig verletzt wurde und die Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Festlegung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.
- Über diese Rechtsfolgen werden wir Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles noch einmal durch gesonderte Mitteilung in Textform hingewiesen.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer den Eintritt in den endgültigen Ruhestand oder Vorruhestand unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Wer ist der Empfänger der Versicherungsleistung?

Leistungen aus dem Versicherungsverhältnis werden durch uns ausschließlich an Sie ausgezahlt.

§ 11 Begriffsbestimmungen

- Wartezeit: Zeitraum, für den kein Versicherungsschutz besteht und für den damit kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann
- Unfall: Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine behandlungsbedürftige Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- Krankheit: eine ärztlich nachgewiesene Gesundheitsstörung
- Medizinisch notwendig: Eine medizinische Notwendigkeit umfasst medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgung, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:
 - a) sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln;
 - b) die Beschwerden, die Diagnose und die Behandlung mit der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen;
 - c) sie der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die in der Medizin zu diesem Zeitpunkt vorherrschend sind, entsprechen;
 - d) sie nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für den Patienten und/oder den behandelnden Arzt durchgeführt werden;
 - e) sie nachgewiesenen medizinischen Wert haben;
 - f) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
 - g) sie in einer geeigneten Einrichtung/Umgebung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht werden;
 - h) sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

Besondere Bedingungen für den Gesundheitsschutzbrief - Krankhaustagegeldversicherung (GS-KHG)

§ 1 Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes

- Wir bieten Versicherungsschutz bei vollstationärer – nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer – medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung resultierend aus **Krankheit** oder **Unfall**. Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe pro Krankenhausübernachtung.
- Ein verlängerter Krankenhausaufenthalt liegt vor, wenn Sie infolge Krankheit oder Unfall für mindestens 12 aufeinander folgende Stunden mit einer Übernachtung vollstationär im Krankenhaus behandelt werden.

§ 2 Welchen Zeitraum umfasst die Wartezeit?

Die Wartezeit im Falle eines Krankenhausaufenthalts resultierend aus Krankheit beträgt 3 Monate ab Beginn des Versicherungsschutzes. Dies bedeutet, sollten Sie innerhalb der ersten drei Monate des Versicherungsschutzes vollstationär im Krankenhaus behandelt werden, ist dieser Krankenhausaufenthalt nicht versichert. Sie haben für den gesamten Zeitraum dieses Krankenhausaufenthalts keinen Versicherungsschutz. Eine Wartezeit entfällt bei Krankenhausaufenthalt bei Unfall.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie vollstationär im Krankenhaus behandelt werden?

- Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen das vereinbarte Tagesgeld. Die Höhe des Tagesgelds ist in der Versicherungsschutzbestätigung ausgewiesen.
- Wir leisten maximal **50 Tage** Krankhaustagegeld pro Versicherungsfall bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung resultierend aus **Krankheit**
- Wir leisten maximal **100 Tage** Krankhaustagegeld pro Versicherungsfall bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung resultierend aus **Unfall**.
- Die Versicherungsleistung ist auf insgesamt **3 Versicherungsfälle** (resultierend aus Unfall und/oder Krankheit) pro Versicherungsjahr begrenzt.
- Erkennen wir einen Anspruch auf Krankhaustagegeld an, gilt dieses Anerkenntnis nur für den von uns bezeichneten Zeitraum. Es bindet uns nicht über diesen hinaus.

§ 4 Wann endet der Versicherungsschutz neben den in den AVB-GS-HC aufgeführten Gründen?

Der Versicherungsschutz endet neben den in § 4 der AVB-GS-HC aufgeführten Gründen wenn:

Sie länger als drei Monate außerhalb der geographischen Grenzen Europas aufhalten, solange dieser Aufenthalt fort dauert.

§ 5 Welche Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht gibt es?

Wir leisten nicht, wenn der Krankenhausaufenthalt/Krankenhausbehandlung verursacht ist:

- durch Alkoholisimus oder eine Suchterkrankung (Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder durch einen Unfall infolge von Trunkenheit oder Drogenmissbrauchs;
- durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Besondere Bedingungen für den Gesundheitsschutzbrief - Daily Life Services (Hilfs- und Serviceleistungen)

Für die Daily Life Services (Hilfs- und Serviceleistungen) erreichen Sie uns jederzeit unter 089 244414175.

§ 1 Was ist versichert?

- Wenn Sie sich aufgrund eines Unfalles oder einer Krankheit für mehr als drei Tage in vollstationäre Behandlung begeben mussten und nach Beendigung der vollstationären Behandlung entsprechend §2 hilfsbedürftig sind, erbringen wir die nachfolgend beschriebenen Hilfs- und Serviceleistungen.
- Wir erbringen unsere Hilfs- und Serviceleistungen außerdem, wenn Sie für einen Zeitraum von mehr als sieben aufeinanderfolgende Kalendertage durch einen Arzt krankgeschrieben sind und Hilfsbedürftigkeit besteht.
- Wir erbringen Hilfs- und Serviceleistungen ausschließlich in Deutschland und nur für Sie als versicherte Person. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

§ 2 In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?

- Versicherungsschutz besteht, wenn Sie in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch eines der folgenden Ereignisse beeinträchtigt sind:
 - Unfall oder Krankheit auch nach Ihrer vollstationären Behandlung
 - Bei einer Krankschreibung von mehr als sieben aufeinanderfolgenden Kalendertagen durch einen Arzt besteht ebenfalls VersicherungsschutzSie benötigen deshalb Hilfe für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).
- Voraussetzung für unsere Leistung nach Ihrer vollstationären Behandlung von mehr als drei Tagen ist, dass Sie einen Anspruch auf Leistungen aus dem Gesundheitsschutzbrief - Krankenhaustagegeldversicherung haben.
- Wir tragen die entstehenden Kosten für Hilfs- und Serviceleistungen in vereinbarten Umfang, sofern wir auch die Organisation der Leistungen übernommen haben.

§ 3 In welchem Umfang leisten wir?

Unser Leistungsumfang hängt vom individuellen Bedarf an Hilfs- und Serviceleistungen ab. Wir ermitteln daher Ihren durch den Unfall oder die Krankheit entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Serviceleistungen aufgrund Art und Umfang Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in § 4 aufgeführten Leistungen.

§ 4 Welche Hilfs- und Serviceleistungen bieten wir?

Wir organisieren die folgenden Hilfs- und Serviceleistungen und übernehmen die hierfür entstehenden Kosten bis zu den angegebenen Zahlungsgrenzen:

- Wohnungsreinigung
Wir reinigen Ihren Wohnbereich. Wir tragen die Kosten hierfür bis zu maximal € 430,- pro Versicherungsfall.
- Betreuung von Kindern
 - Sind Sie unfall- oder krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage die in Ihrem Haushalt lebenden Kinder zu betreuen, organisieren wir deren Betreuung. Wir übernehmen die hierfür entstehenden Kosten bis zu €1.250,- pro Versicherungsfall. Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie
 - Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Sie bedürfen deshalb für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft Hilfe.
- Unterbringung von Haustieren
Wir organisieren die Unterbringung Ihrer Haustiere in einer Tierbetreuungsstätte sowie den Transport dorthin; bis zu sieben Mal pro Woche. Die hierfür entstehenden Kosten tragen wir bis maximal € 180,- pro Versicherungsfall.

- durch vorsätzliche Herbeiführung oder Förderung von Gesundheitsstörungen - auch, wenn die Gesundheitsstörungen durch eine versuchte Selbsttötung binnen drei Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes verursacht worden sind, es sei denn, uns wird nachgewiesen, dass diese Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;
- durch Schwangerschaft, wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung;
- durch eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung;
- durch medizinisch nicht indizierte Behandlungen/chirurgische Eingriffe (z.B. Schönheitsoperationen, Piercings).
- bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingter Unterbringung.
- durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der Beteiligung der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- durch Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges sowie bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
- durch Ausübung gefährlicher Sportarten/Aktivitäten oder Profisportarten der versicherten Person, wie beispielsweise jegliche Kampfsportarten, Gewichtheben, jedwede Klettersportart, Freestyle Skifahren, Pferderennen, Scuba Tauchen.
- Knochenbrüche, die direkt oder indirekt durch Knochenkrankheiten verursacht werden (Osteoporose oder defekte Knochen).

§ 6 Welche Pflichten haben Sie (Obliegenheiten)?

- Der Eintritt eines vollstationären Krankenhausaufenthalts ist zeitnah nach seinem Beginn anzuzeigen.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir ggf. Auskünfte. Sie sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
Zum Nachweis des Krankenhausaufenthalts müssen Sie uns eine Krankenhausaufenthaltsbestätigung einreichen.
Wir können zudem eine medizinische Untersuchung von Ihnen durch einen von uns bestimmten, zugelassenen und praktizierenden Arzt verlangen.
- Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere notwendige Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Wir können, auch wenn wir bereits Versicherungsleistungen erbringen, weitere Nachweise verlangen, dass die Voraussetzungen unserer Leistungspflicht noch immer erfüllt sind. Für diese weiteren Nachweise gilt § 9 Ziff. 2 der AVB-GS-HC entsprechend.
- Bei Verletzung einer der Obliegenheiten nach den vorgenannten Absätzen (§ 6 Ziff. 1 – 3) gilt § 9 Ziff. 3 – 5 der AVB-GS-HC

4. Gartenpflege

Wir organisieren die Pflege Ihres Gartens. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu € 220,- pro Versicherungsfall.

5. Menüservice

Wir versorgen Sie bis zu sieben Mal pro Woche mit einem (Mittags) Menü aus dem Angebot unseres Dienstleisters. Diesen Service erbringen wir bis zu zwei Wochen. Wir übernehmen die entstehenden Kosten bis maximal € 535,- pro Versicherungsfall.

6. Erledigung von Einkäufen und Besorgungen

- Wir kaufen für Sie Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Diese Leistung erbringen wir höchstens zweimal pro Woche, längstens für 8 Stunden pro Versicherungsfall. Wir übernehmen die entstehenden Kosten bis maximal € 210,- pro Versicherungsfall.
- Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

7. Wäschservice

Wir waschen, trocknen und bügeln Ihre Wäsche. Diese Leistung erbringen wir einmal pro Woche, bis zu sechs Stunden. Die entstehenden Kosten tragen wir bis maximal € 160,- pro Versicherungsfall.

8. Begleitung bei Arzt-, Therapie- und Behördengängen

- Wir bringen und begleiten Sie bis zu siebenmal pro Woche zu notwendigen Arzt-, und Behördenterminen. Wir übernehmen die hierfür entstehenden Kosten bis maximal € 160,- pro Versicherungsfall.
- Wir holen und bringen Sie bis zu siebenmal pro Woche zu notwendigen Therapieterminen, z.B. zur Physiotherapie. Wir übernehmen die hierfür entstehenden Kosten bis maximal € 160,- pro Versicherungsfall.

9. Pflegeleistungen

Wir organisieren bis zu siebenmal pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- Körperpflege
- An- und Auskleiden
- Lagern und Betten
- Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

Wir tragen die hierfür entstehenden Kosten bis zu € 230,- je Versicherungsfall.

§ 5 Welche Leistungen erbringen wir beim Gesundheitstelefon?

- Wir erteilen Ihnen allgemeine medizinische Informationen und Auskünfte bei folgenden Angelegenheiten oder vermitteln Ihnen einen geeigneten Ansprechpartner:
 - Erkrankungen, deren mögliche Diagnose, Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Unsere Auskünfte basieren auf anerkannten Informationen der entsprechenden Fachgesellschaften.
 - Medikamenten, deren Wechsel- und Nebenwirkungen sowie generische Alternativen gemäß „Roter Liste“. Diese Informationen erteilen wir Ihnen bei Bedarf auch in Englisch.
 - Fitness und Ernährung, Diäten und Sportvereinen
- Auf Wunsch nennen wir Ihnen einen niedergelassenen Arzt um für den von Ihnen geschilderten Sachverhalt eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Wir übernehmen die Ihnen entstehenden nachgewiesenen Aufwendungen für Fahrtkosten, Porto oder Telefonkosten bis zu € 50,- je Versicherungsfall.
- Bei Bedarf erklären wir Ihnen telefonisch die Diagnose der medizinischen Erstmeinung. Auf Ihren Wunsch erläutern wir Ihnen auch die Diagnose der medizinischen Zweitmeinung
Bitte beachten Sie Folgendes:
 - Unsere Auskünfte erfolgen ohne Bewertung oder Empfehlung einer bestimmten Therapieform
 - Sie allein entscheiden darüber, wie Sie mit den erhaltenen Auskünften umgehen oder diese nutzen.
- Wir nennen Ihnen ambulante und zahnärztliche Kliniken oder Ärzte, Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland sowie dem weltweiten Ausland

5. Sonstige Informationen und Fragen

Auf Ihren Wunsch unterstützen wir Sie bei folgenden sonstigen Fragen, geben Ihnen allgemeine Informationen oder vermitteln Ihnen geeignete Ansprechpartner:

- Informationen zu Patientenverfügung
- Informationen zu möglichen Leistungen von deutschen Sozialversicherungsträgern sowie rund um das Thema Pflege und Vorsorgevollmacht
- Wir arbeiten deutschlandweit mit über 10.000 Dienstleistern im Gesundheitssektor zusammen (z.B. Pflegedienste, Krankentransportunternehmen). Bei Bedarf vermitteln wir Ihnen eine geeignete Kurzzeitpflege durch einen unserer Partner, sowie einen geeigneten Pflege- oder Betreuungsdienst, sofern verfügbar. Auf Ihren Wunsch vermitteln wir außerdem den Kontakt zu den entsprechenden Einrichtungen.

Diese Leistungen erbringen wir einmal pro Versicherungsfall.

§ 6 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

1. Wir erbringen die Hilfs- und Serviceleistungen, solange der Bedarf aufgrund Ihrer Hilfsbedürftigkeit nach Ziff. 3 besteht.
2. Die einzelnen Hilfs- und Serviceleistungen leisten wir längstens bis zum Erreichen der angegebenen Zahlungsgrenzen.
3. Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Serviceleistungen:
 - Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Serviceleistungen, soweit und solange zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach den §§ 3 und 4.
 - Werden Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

§ 7 Welche Leistungen organisieren wir für Ihre pflegebedürftigen Angehörigen?

1. Voraussetzungen für unsere Leistung sind:
 - Sie haben einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls oder der Krankheit und ihrer vollstationären Behandlung bzw. ihrer mindestens siebentägigen Krankschreibung durch einen Arzt gepflegt und sind nun unfall- oder krankheitsbedingt nicht mehr dazu in der Lage,
 - Angehörige sind Ihr Ehe- oder Lebenspartner oder Ihre Verwandte 1. Grades
 - Sie leben in häuslicher Gemeinschaft.
 - Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.
2. Wir organisieren einmal je Versicherungsfall den Kontakt zu einem Dienstleister für die Grundpflege Ihrer pflegebedürftigen Angehörigen. Diese umfasst folgende Leistungen:
 - Körperpflege
 - An- und Auskleiden
 - Lagern und Betten
 - Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

Die für diese Leistungen entstehenden Kosten tragen wir nicht.

§ 8 In welchen Fällen leisten wir nicht (Besondere Ausschlüsse)?

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn Ihre Hilfsbedürftigkeit durch folgende Ereignisse verursacht wurde:

1. Unfälle, die Sie an sich selbst vorsätzlich herbeigeführt haben

2. Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen, wenn Sie beim Führen von Kraftfahrzeugen und einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintreten

3. Unfälle oder Krankheiten, die durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse entstehen

4. Unfälle oder Krankheiten, die durch Kernenergie entstehen

Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse gemäß §5 der Gesundheitsschutzbrief - Krankenhaustagegeldversicherung.

§9 Was müssen Sie bei Hilfsbedürftigkeit tun (Besondere Obliegenheiten)?

Sie sind verpflichtet,

1. sämtliche Angaben, um die wir Sie bitten, wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich zu erteilen.
2. sich von den durch uns beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Wir zahlen die notwendigen Kosten für die Untersuchung, ggf. einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufschlags.
3. die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden, damit wir unsere Leistungspflicht prüfen können.
4. Für die Erbringung unserer Hilfs- und Serviceleistungen ist es wichtig, diese auf die Maßnahmen von anderen Trägern, insbesondere solche der gesetzlichen Sozialversicherung abzustimmen. Sie müssen uns deshalb Auskünfte über Art und Umfang dieser Leistungen erteilen und uns auf Verlangen entsprechende Nachweise geben.
5. Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Sie müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistung erforderlich sind. Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.
6. Entspricht Ihre Hilfsbedürftigkeit voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie dort unverzüglich Leistungen beantragen.
7. Die Anerkennung eines Pflegegrades und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.
8. Sind Sie gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung müssen Sie spätestens innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall einen Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe beim zuständigen Sozialversicherungsträger stellen.

§ 10 Was passiert, wenn Sie eine Pflicht (Obliegenheit) verletzen?

1. Verletzen Sie eine Pflicht (Obliegenheit) vorsätzlich, können wir die Versicherungsleistung verweigern. Verletzen Sie eine Pflicht grob fahrlässig, können wir die Leistung in dem Umfang kürzen, welcher der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Sie müssen beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben.
2. Wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Pflicht keinen Einfluss auf
 - die Feststellung oder
 - den Umfangunserer Pflicht zur Leistung hat, müssen wir abweichend von Absatz 1 die Versicherungsleistung erbringen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

§ 11 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

1. Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
2. Für Dienstleistungen, die Sie in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Wichtige Hinweise und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Die nachfolgenden Informationen betreffen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch das Versicherungsunternehmen, das Vertragspartei des Gruppenversicherungsvertrages mit der Santander Consumer Bank AG ist, dem Sie beitreten beziehungsweise auf den sich Ihr Antrag auf Beitritt bezieht. Dies ist:

CNP Santander Insurance Europe DAC in Hinblick auf das Krankenhaustagegeld

Das Versicherungsunternehmen wird in Hinblick auf die beantragte Versicherung nachfolgend jeweils „Versicherer“ genannt.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) korrekt, schnell, wirtschaftlich und sicher erfüllen. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Versicherungsnehmers / der versicherten Person unterliegt nationalen und europäischen Datenschutzbestimmungen. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand vorliegt oder wenn der Betroffene in die Verarbeitung eingewilligt hat. Die Datenverarbeitung ist gestattet, wenn sie im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen auf Anfrage des Betroffenen erfolgt oder soweit sie zur Wahrung berechtigter Interessen der verarbeitenden Stelle oder Dritter erforderlich ist und Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung nicht überwiegen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Übermittlung von Daten seitens Personen, die, wie z. B. ein Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Daher wird im Leistungsfall gegebenenfalls eine separate Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen sein.

Beim Versicherer finden folgende Verarbeitungsvorgänge statt:

1. Datenspeicherung bei Versicherungen

Für Zwecke der Erfüllung des Versicherungsvertrags sowie zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen (Art. 6 Absatz 1 lit. b der DS-GVO) darf der Versicherer Daten erheben und speichern, die für den Vertragsschluss und das Versicherungsverhältnis notwendig sind: Angaben im Antrag, versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers oder - bei Vorliegen einer entsprechenden Einwilligung - eines Arztes. Bei einem Versicherungsfall werden Angaben des Anspruchstellers und ggf. auch Angaben von Dritten gespeichert. Die Verarbeitung erfolgt während der Dauer des Vertragsverhältnisses und anschließend, solange dies aufgrund von gesetzlichen satzungsmäßigen oder vertraglichen Aufbewahrungspflichten erforderlich ist.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Zur Beurteilung des Versicherungsrisikos, der Ermöglichung eines Risikoausgleichs und zur Abwicklung der Rückversicherung und von Schadensfällen, mithin zur Wahrung berechtigter Interessen (Art. 6 Absatz 1 lit. f der DS-GVO) des Versicherers sowie des Versicherungsnehmers versicherten Personen wird der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den jeweiligen Anmeldungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer, Retrozessionäre sowie Dritte, die mit der Erbringung zusätzlicher Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Erfüllung des Rückversicherungsvertrags beauftragt wurden, übermitteln.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherungsnehmer / die versicherte Person dem Versicherer alle für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände wie z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle anzugeben. Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern oder Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherungsunternehmen um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (z.B. gesetzlicher Forderungsübergang, Teilungsabkommen) eines Austausches personenbezogener Daten unter den Versicherungsunternehmen. Zur Wahrung der berechtigten Interessen (Art. 6 Absatz 1 lit. f DS-GVO) des Versicherers sowie anderer Versicherungsunternehmen und anderer versicherter Personen kann der Versicherer Daten, die sich aus den Anmeldungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an andere Versicherungsunternehmen übermitteln.

4. Datenübermittlung an selbständige Vermittler und Gruppenversicherungsnehmer

Soweit eine Übermittlung personenbezogener Daten des Versicherungsnehmers/ der versicherten Person zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist, kann der Versicherer zur Wahrung eigener berechtigter Interessen (Art. 6 Absatz 1 lit. f der DS-GVO) sowie der berechtigten Interessen der Datenempfänger personenbezogenen Daten an selbständige Vermittler und Gruppenversicherungsnehmer übertragen, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

5. Zentrale Hinweissysteme

Es kann, z.B. bei Prüfung eines Schadens zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch notwendig sein, Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherungsunternehmen zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherungsunternehmen zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt zur Wahrung der berechtigten Interessen (Art. 6 Absatz 1 lit. f der DS-GVO) des Versicherers, anderer Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer und zwar lediglich bei Vorliegen festgelegter Einmeldekriterien und zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen.

Besondere Kategorien von personenbezogenen Daten (etwa Gesundheitsdaten) werden nicht an die Hinweissysteme gemeldet.

6. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen in Versicherungsgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei das Inkasso und die Datenverarbeitung zentralisiert, wobei sichergestellt ist, dass die gemeinsam genutzten Verarbeitungsverfahren die datenschutzrechtlich erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen erfüllen. In diesem Zusammenhang werden allgemeine Antrags-, Vertrags-, Leistungs- und Schadensdaten zentral gespeichert und anderen Unternehmen der Gruppe übermittelt. Die Adresse des Versicherungsnehmers / der versicherten Person wird z.B. nur einmal gespeichert, auch bei Versicherungsverträgen mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe; ebenso werden die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in einer zentralen Datensammlung geführt, wobei die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar sind. Auf diese Weise kann eingehende Post richtig zugeordnet, bei telefonischen Anfragen der zuständige Partner genannt und Geldeingänge ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Die Verarbeitung erfolgt zur Wahrung der berechtigten Interessen (Art. 6 Absatz 1 lit. f der DS-GVO) des Versicherers sowie anderer Unternehmen der Unternehmensgruppe.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Z. folgende Unternehmen an:

- CNP Santander Insurance Life DAC, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Ireland
- CNP Santander Insurance Europe DAC, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Ireland
- CNP Santander Insurance Services Ireland Ltd, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2, Ireland

7. Auftragsdatenverarbeitung

Ihre Daten werden vom Versicherer zu den beschriebenen Zwecken unter Einbezug von Dienstleistern verarbeitet, wobei jedoch die Verarbeitung Ihrer Daten stets auf den Europäischen Raum beschränkt bleibt. So werden Ihre Daten im Auftrag des Versicherers von

- CBP France, 3 rue Victor Schoelcher, Bâtiments E et F, 44800 Saint Herblain, France,
- CBP Solutions Spain, S.L. Avda. Diagonal 622, Barcelona, Spain,
- Financière CEP, 11 rue Royale, 75008 Paris, France und
- CBP Deutschland SAS, 3 rue Victor Schoelcher – Buildings E and F 44800 Saint-Herblain, France, mit einer Adresse in Deutschland unter Rosstrasse 96, 3. OG, 40476 Düsseldorf
- Gevekom GmbH, Altplauen 19, 01187 Dresden, Deutschland
- Nothelle Call Centre Service GmbH, Beekstraße 30/32, 47051 Duisburg, Deutschland
- lactiv GmbH, An der Gumpesbrücke 11, 41564 Kaarst, Deutschland
- Triple S Manufaktur Bochum GmbH, Massenbergerstraße 15-17, 44787 Bochum, Deutschland
- QIL Technologies Ltd. (eine Tochtergesellschaft der Qualtrics LLC), 1 Clarendon Row, Dublin 2, Ireland
- AWP P&C S.A., Niederlassung für die Niederlande, Poeldijkstraat 4, 1059 VM Amsterdam, Niederlande

verarbeitet.

Die oben beschriebene Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte kann zur Datenübermittlung an Länder führen, die keinen angemessenen Datenschutz bieten. In diesem Fall hat der Versicherer entsprechende Maßnahmen getroffen, um den Datenschutz und die Einhaltung der geltenden Gesetze zu gewährleisten.

8. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Rechte des Betroffenen

Der Betroffene hat gegenüber dem Versicherer ein Recht auf Auskunft und Berichtigung sowie unter gewissen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung und Einschränkung der Verarbeitung (Sperrung) seiner gespeicherten Daten, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie das Recht, der Verarbeitung personenbezogener Daten zu widersprechen.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen kann sich der Betroffene an den jeweiligen betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers wenden. Die Kontaktdaten der betrieblichen Datenschutzbeauftragten finden sich in Ziffer 9 dieses Merkblatts. Etwaige Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten sollten stets an den Versicherer zu richten.

9. Kontaktdaten der Betrieblichen Datenschutzbeauftragten

CNP Santander Insurance Europe DAC: dataprotectionofficer@cnp Santander.com

10. Beschwerderecht

Ist der Betroffene der Ansicht, dass die Verarbeitung durch den Versicherer rechtswidrig erfolgt, hat er unbeschadet anderweitiger Rechtsbehelfe das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.