

Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Berufsunfähigkeitsversicherung

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Bei Abschluss von:

- **Berufsunfähigkeitsversicherungen**
- **Rentenversicherungen mit Einschluss von Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen mit Rentenleistung**

Versicherungsnummer

RINR

Datum der Antragstellung

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname

Versicherte Person: Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 9 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person (Erläuterungen siehe „wichtige Hinweise“ im Antrag)

Was ist Ihre berufliche Tätigkeit?

Wie lautet die Art des Betriebes / der Branche?

Wie hoch ist Ihr Anteil an Bürotätigkeit? (in %)

Für wie viele Mitarbeiter tragen Sie Verantwortung?

Welche qualifizierte berufliche Weiterbildung liegt vor?

Sind Sie Akademiker?

ja nein

1 Allgemeine Fragen

1.1 Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (ausgenommen ist das Motorradfahren im öffentlichen Straßenverkehr)?

ja nein

Wenn ja: Welche? (bitte ankreuzen)

Tauchsport (22120xx) Bergsport (22121xx) Privat-/Sportflugrisiko (22122xx) Motorsport (22123xx)

Kampfsport (22162xx) Reitsport (22176xx) andere _____

Sofern eine oder mehrere der genannten Sportarten angekreuzt wurden, bitte den dazugehörigen Fragebogen ausfüllen und beifügen.

Falls Sie weitere Sportarten mit erhöhtem Verletzungsrisiko ausüben, bitte unter „andere“ angeben.

1.2 Beabsichtigen Sie sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten?

ja nein

Wenn ja: Wo? Wann? Wie lange? Zweck des Aufenthaltes?

1.3 Körpergröße cm Körpergewicht kg

1.4 Welcher Arzt oder Heilpraktiker ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert?

Bitte Namen und Anschrift angeben.

2 Gesundheitsfragen

Eine Offenlegung von bereits durchgeführten Gentests, bei denen das Erbmaterial auf die Veranlagung für bestimmte Krankheiten untersucht wurde, wird nicht verlangt. Vorgelegte Befunde aus solchen Gentests werden nicht verwertet, sofern die insgesamt für die versicherte Person bei Versicherungsunternehmen beantragten bzw. bereits abgeschlossenen Versicherungssummen weniger als 300.000 EUR bzw. Jahresrenten weniger als 30.000 EUR betragen.

Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns - ohne eigene Bewertung - alle Ihnen bekannten Gesundheits- und Funktionsstörungen und/oder Beschwerden und/oder Krankheiten angeben. Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich umfassen – die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung.

2.1 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? (Unter körperlichen Beeinträchtigungen verstehen wir z.B. Behinderungen, Fehlbildungen, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen)?

ja nein

Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

2.2 Hatten oder haben Sie aktuell

- einen Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS),
- eine Pflegestufe oder einen Pflegegrad,
- einen gerichtlich bestellten Betreuer,

ja nein

oder wurden in den vergangenen 12 Monaten ein Antrag für einen der oben genannten Punkte gestellt?

Wenn ja: Reichen Sie uns bitte eine Kopie des Antrages oder des Feststellungsbescheides bzw. des Betreuerausweises ein.

2.3 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?

ja nein

Wenn ja: Seit wann und aus welchen Gründen?

Nur bei Einschluss einer Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel bitte die folgende Frage beantworten:

Liegt eine Kurzsichtigkeit („Minus-Dioptrienwerte“) vor?

ja nein

Wenn ja, bitte aktuelle Dioptrienwerte angeben:

Rechts:

Links:

Bitte bei Einschluss einer Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel Nachweis beilegen (vom Augenarzt oder Optiker) über Ihren aktuellen Visus ohne Korrektur (=Sehschärfe ohne Brille bzw. ohne Kontaktlinsen); Hinweis: Der Visus ohne Korrektur steht nicht im Brillenpass. Der Nachweis darf nicht älter als 6 Monate sein.

Abfragezeitraum: Innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung						
2.4 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 12 Monate verschreibungspflichtige Medikamente ein? (Nicht anzugeben sind: Medikamente zur Empfängnisverhütung („Pille“))					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 12 Monate rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:						
Zu Frage	Medikamente (Name)	Seit wann?	Wie lange?	Wie oft?	Weswegen erfolgte die Einnahme?	
Abfragezeitraum: Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung						
Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund müssen Sie in den nachfolgenden Gesundheitsfragen nicht angeben.						
2.6 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:						
Welche?	Seit wann?	Wie lange?	Wie oft?			
2.7 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, zu denen Sie ein Arzt, Psychologe, Psychiater, Psychotherapeut oder Angehöriger sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten) in den folgenden Bereichen beraten, untersucht oder behandelt hat?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
a) Psyche (z.B. Angstzustände, Anpassungsstörung, chronische Müdigkeit, Mobbing, Burnout-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, Neurose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ADHS), Psychose, Schizophrenie, Selbsttötungsversuch usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
b) Herz oder Kreislauf (z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Embolie, Thrombose, Venenleiden usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
c) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Schlafapnoe usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
d) Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle (z. B. erhöhte Leberwerte, Sodbrennen usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
e) Nieren sowie Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
f) Haut (z. B. Allergien, Muttermal-/Leberfleckenentfernung, Verbrennungen ab 2. Grades, Neurodermitis usw.)? Bei Muttermal-/Leberfleckenentfernung: Befund bösartig?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
g) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Taubheitsgefühl, Migräne oder mehr als dreimal pro Monat Kopfschmerzen, Lähmungen, Epilepsie, Multiple Sklerose usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
h) Bewegungsapparat, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Wirbelsäulenverkrümmung, Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung, Hexenschuss, Gleitwirbel, Ischias, Bechterew-Krankheit, Rheuma, Fibromyalgie, Knieverletzungen usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i) Ohren (z. B. Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, Hörsturz usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j) Stoffwechsel (z. B. Zuckerkrankheit, Harnsäureerhöhung/Gicht, erhöhte Cholesterin- / Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankung usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
k) Blut (z. B. Blutarmut, Bluterkrankheit, Eisenmangel, Leukämie, usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
l) akute oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, HIV usw.)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
m) Fehlsichtigkeit von mehr als +/- 4 Dioptrien?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte aktuelle Dioptrienwerte angeben:					Rechts: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	Links: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
n) Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Schielen oder andere Augenerkrankungen)?					ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:						

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Zu Frage	Ihre Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Beschwerden	Wann?	Wie lange?	Diese Folgen sind bis heute geblieben	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser

2.8 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten vor Antragsstellung Beschwerden zu einem der zuvor aufgeführten Punkte, ohne von einem Arzt oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten) beraten, untersucht oder behandelt worden zu sein? **ja** **nein**

2.9 Bestehen oder bestanden über die bisher gemachten Angaben hinaus in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen psychosomatischer bzw. psychischer Ursache (z. B. Angstzustände, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktion, chronische Müdigkeit, Burnout-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, Neurose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS / ADHS), Psychose, Schizophrenie, Selbsttötungsversuch usw.)? **ja** **nein**

2.10 Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Tumorerkrankung oder wurden Zysten festgestellt bzw. waren Sie infolge einer solchen in Behandlung? **ja** **nein**

2.11 Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren ambulant operieren lassen (z. B. operative Korrektur einer Fehlsichtigkeit)? **ja** **nein**

Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:

Zu Frage	Ihre Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Beschwerden	Wann?	Wie lange?	Diese Folgen sind bis heute geblieben	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser

Abfragezeitraum: Innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung

2.12 Wurden Sie in den letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol beraten oder behandelt? **ja** **nein**

2.13 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren stationär oder teil-stationär operieren lassen oder sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik, in einer Tagesklinik aufhalten? (ausgenommen: Aufenthalte aufgrund von Schwangerschaften und Geburten) **ja** **nein**

Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Zu Frage	Ihre Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Beschwerden	Wann?	Wie lange?	Diese Folgen sind bis heute geblieben	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser

3 Fragen zu Vorversicherungen und zur Einkommenshöhe

Hinweis:

Die Summe aller versicherten Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrenten – inkl. bestehender Absicherungen – darf 70 % des durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens bei Arbeitnehmern bzw. des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern bei Selbstständigen der letzten 3 Jahre der versicherten Person grundsätzlich nicht übersteigen (ohne Sonderzahlungen/Tantiemen u.Ä.). Für Beamte, Auszubildende, Hausfrauen/-männer, Schüler, Studenten gelten abweichende Grenzen.

3.1 Bestehen bereits private oder betriebliche Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen (auch bei anderen Versicherern) oder Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder haben Sie eine dieser Versicherungen beantragt? ja nein

Falls ja: Machen Sie hier bitte genauere Angaben:

Gesellschaft	Art der Versicherung	Monatliche Rente	Bestehend	Aktuell beantragt	Wird gekündigt *
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Dann gilt Folgendes:**

Mit diesem Antrag wünsche ich zukünftig Versicherungsschutz für den Fall der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG. Mir ist bewusst, dass dies nicht zu einer sogenannten Überversicherung führen darf. Ich erkläre deshalb, dass ich nach Annahme dieses Antrages durch die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG meine bestehende Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder/und Grundfähigkeitsversicherung kündigen werde. Ich erkläre weiterhin, dass ich nach der jeweiligen Kündigung dieser Versicherung keine Wiederinkraftsetzung bzw. Wiederherstellung für diese Versicherung beantragen werde.

Die Kündigungsbestätigung des jeweiligen Vorversicherers dieser Versicherung werde ich spätestens 10 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins meiner neu beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung an die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG übermitteln.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG die von mir heute bei ihr beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung rückwirkend von Beginn an aufhebt, wenn die Kündigungsbestätigung meines Vorversicherers nicht innerhalb von 10 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins meiner neu beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung von mir an die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG übermittelt wurde.

Die Kündigungsbestätigung meines Vorversicherers

ist beigefügt

reiche ich nach.

3.2 Beträgt die Summe der versicherten monatlichen Renten (einschließlich der unter Frage 3.1 angegebenen) mehr als 1.500 EUR? Dann beantworten Sie bitte zusätzlich diese Frage:

	derzeit	_____	EUR
Wie hoch ist Ihr durchschnittliches Bruttomonatseinkommen?	Vorjahr	_____	EUR
	vorletztes Jahr	_____	EUR

Kommen Sie mit Ihren bestehenden und der bei uns neu beantragten Rente auf eine monatliche Absicherung von mehr als 3.000 Euro? Dann reichen Sie bitte Einkommensnachweise der vergangenen 3 Jahre ein.

Hinweis: In Einzelfällen kann dieses auch unterhalb dieser Monatsrente erforderlich sein.

Beispiel:

- Bei Angestellten, Geschäftsführern: z. B. Dezember-Gehaltsabrechnungen einschließlich Nachweis des aktuellen/laufenden Bruttofestgehaltes, Einkommensteuerbescheide, Steuerberaterbescheinigungen.
- Bei Selbstständigen / Freiberuflern: z. B. Jahresabschluss, G+V-Rechnung, (Dezember)-BWA des laufenden oder letzten Jahres, Steuerberaterbescheinigungen.

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Vollständigkeit der Angaben

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind.

Beigefügt sind Seiten als Anlage (bitte beachten: je Seite Unterschrift der versicherten Person erforderlich).

Ich reiche Unterlagen innerhalb von 14 Tagen nach.

Nur Auszufüllen, wenn die BU-Absicherung betrieblich erfolgt (bAV):

Mir ist bekannt, dass sich aus den Gesundheitsdaten bzw. nach Abschluss der Risikoprüfung Auswirkungen auf den beabsichtigten Vertragsabschluss ergeben können. So können der Antrag oder die Angebotsanfrage abgelehnt werden, eine Leistung ausgeschlossen oder ein Risikozuschlag eingeschlossen werden. In diesen Fällen wird meinem Arbeitgeber in seiner Funktion als Versicherungsnehmer folgendes mitgeteilt:

- Bei Ablehnung: Der Arbeitgeber erfährt keine konkreten Gründe für die Ablehnung.
- Bei Risikozuschlag: Wir teilen dem Arbeitgeber nur die Höhe des Zuschlags mit, konkrete Gründe für den Zuschlag erfährt er nicht.
- Bei Leistungsausschluss: Wir unterrichten den Arbeitgeber darüber, welche Leistungen ausgeschlossen werden. Konkrete Gesundheitsdaten oder Befunde werden hierbei nicht mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen im Ablehnungsschreiben, im modifizierten Angebot oder im Versicherungsschein aufgenommen werden dürfen.

_____ Datum

_____ Name

_____ Unterschrift

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, 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 ausgewählte Versicherung daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ausgewählte Versicherung 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. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben, oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Anschrift zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung Ihrer Daten 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 ausgewählte Versicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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 ausgewählte Versicherung

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

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die ausgewählte Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (ärztliche Befundberichte, Gutachten, Schwerbehindertenbescheide etc.) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ausgewählte Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung

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

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ausgewählte Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ausgewählte Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ausgewählte Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die ausgewählte Versicherung 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 SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ausgewählte Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ausgewählte Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter *SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund* oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung (Fortsetzung)

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ausgewählte Versicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ausgewählte Versicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die ausgewählte Versicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ausgewählte Versicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ausgewählte Versicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ausgewählte Versicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ausgewählte Versicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den 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 abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler 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 ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4 Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die ausgewählte Versicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der ausgewählten Versicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist

Eigenhändige Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.