

- SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.  
20351 Hamburg / 44121 Dortmund
- SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG  
20351 Hamburg / 44121 Dortmund
- SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft  
20351 Hamburg / 44121 Dortmund



Interner Vermerk  
Belegart  
**2542 VPAG**

## Versicherungsnehmer-Wechsel (für bAV) Übertragung von der versicherten Person auf den Arbeitgeber

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

<b>1 Versicherungsnummer</b>		<b>2 Bisheriger Versicherungsnehmer</b>	
Versicherungsnummer	RINR	Name	
<b>3 Versicherte Person (Arbeitnehmer)</b>			
Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname (Name und Vorname sind mit Komma zu trennen)	Geburtsdatum	Geb.ort/Staatsangeh.
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland *
	Steuer-Identifikationsnummer		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig	Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle	
	<input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Beamter(-tin) <input type="checkbox"/> Selbständige(r) <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer(in) <input type="checkbox"/> Hausfrau(-mann)/nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Rentner(in)		Überwiegend tätig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend
<p>* Hinweis: Hat die versicherte Person (Arbeitnehmer) ihren Wohnsitz im Ausland, können die steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen einer betrieblichen Altersversorgung weder durch die SIGNAL IDUNA noch durch ihre Mitarbeiter und Vermittler beurteilt werden. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollten sich vor Durchführung des Versicherungsnehmerwechsels daher bei ihrem steuerlichen Berater und/oder der zuständigen Krankenkasse informieren. In jedem Fall ist es erforderlich, dass das Arbeitsverhältnis mit einem Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) an seinem in Deutschland befindlichen Sitz oder einer Niederlassung in Deutschland besteht.</p>			
<b>4 Vertragsfortführung durch den neuen Arbeitgeber</b>			
Firmenname		Rechtsform	
Straße Hausnummer, PLZ Ort (Straße und Hausnummer und PLZ Ort sind mit Komma zu trennen)		Geschäftssitzland	
Bereits Kunde der SIGNAL IDUNA Gruppe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Wenn ja, Versicherungsnummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Der Vertrag wird <b>nach privater Fortführung durch einen neuen Arbeitgeber</b> als neuer Versicherungsnehmer fortgeführt. Die Zusage wird gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 BetrAVG im Einvernehmen des ehemaligen mit dem neuen Arbeitgeber sowie dem Arbeitnehmer übernommen. Die Zustimmung des vorherigen Arbeitgebers zur Übernahme erfolgte bereits bei der Übertragung der Versicherung auf den ausgeschiedenen Arbeitnehmer.			
Beginn des neuen Beschäftigungsverhältnisses beim neuen Arbeitgeber: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>20</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>			
Der neue Arbeitgeber übernimmt zum <b>01.</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>20</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> die Versicherung / die Versorgung mit allen Rechten und Pflichten als Versicherungsnehmer sowie die laufende Beitragszahlung.			
<b>5 Beitragszahlung</b>			
Beitragszahlung laufend <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
Wird keine Auswahl getroffen, wird der Vertrag mit der aktuell vereinbarten Zahlungsweise unverändert fortgeführt. Eine Änderung der Zahlungsweise ist grundsätzlich nur zu einer Zahlungsfähigkeit des Vertrages möglich.			
<b>Der Beitrag für die Versicherung wird finanziert:</b>	<b>Arbeitgeberfinanzierter Beitrag (Arbeitgeberleistung)</b> ohne Arbeitgeberzuschuss aus SV-Ersparnis	<b>durch Entgeltumwandlung finanziierter Beitrag</b> ohne Arbeitgeberzuschuss aus SV-Ersparnis	<b>Arbeitgeberzuschuss aus SV-Ersparnis der Entgeltumwandlung</b>
	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber	EUR	EUR	%
<input type="checkbox"/> durch Entgeltumwandlung (mit Arbeitgeberzuschuss aus SV-Ersparnis)	EUR	EUR	%
<input type="checkbox"/> teilweise vom Arbeitgeber, teilweise durch Entgeltumwandlung	EUR	EUR	%
<b>Unangekündigte Zahlungen</b> (sofern vertraglich vereinbart) <input type="checkbox"/> Spitzabrechnung - Zuzahlungen gelten als Weitergabe der SV-Ersparnisse des Arbeitgebers durch Entgeltumwandlung.			
<b>Wichtig:</b> Änderungen der Beitragsanteile müssen dem Versicherer schriftlich mitgeteilt werden. Bis dahin sind die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesenen Beitragsanteile maßgeblich.			

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

<b>6 SEPA-Lastschriftmandat</b> (Kontoinhaber = neuer Versicherungsnehmer (VN))		
Wenn Sie keine Angaben zur IBAN machen, erfolgt die Zahlung per Überweisung.		
Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund ( <b>Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174</b> ) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet. <b>Mandatsreferenznummer:</b> Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.		
Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugsstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.		
DE		
IBAN	BIC (8 oder 11 Stellen)	
Geldinstitut	Datum	Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber
<b>7 Bezugsrecht</b>		
<b>7.1 Bezugsrecht für den Erlebensfall</b>		
<b>Bezugsrecht für die durch Entgeltumwandlung und durch den Arbeitgeberzuschuss zu Entgeltumwandlung finanzierten Versicherungsleistungen:</b> Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt. Die versicherte Person ist für die Versicherungsleistung ohne Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt.		
<b>Standardbezugsrecht für die Versicherungsleistungen aus Arbeitgeberleistung: Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt</b> Die versicherte Person ist für die Versicherungsleistung mit Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt. Es gelten folgende Vorbehalte: Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle durch ihn finanzierten Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, wenn • das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat mindestens 3 Jahre bestanden, • die versicherte Person Handlungen begeht, die den Arbeitgeber berechtigen, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen. Alternativ möglich: <input type="checkbox"/> unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt		
<b>7.2 Bezugsrecht für den Todesfall</b> Die von der versicherten Person für den Todesfall getroffene Verfügung bleibt bestehen.		
<b>8 Besondere Vereinbarung</b>		
<b>Der Versicherungsschein ist dem neuen Versicherungsnehmer ausgehändigt worden.</b> <b>Wird das Ausscheiden des Arbeitnehmers nicht rechtzeitig angezeigt, so werden grundsätzlich nur die Beiträge erstattet, die nach dieser Anzeige bei dem Versicherer eingegangen sind.</b> <b>Zusatzvereinbarung bei Entgeltumwandlung gemäß § 1b Absatz 5 Betriebsrentengesetz:</b> Das Recht zur Verpfändung, Abtretung oder Beleihung der Versicherung durch den Arbeitgeber wird ausgeschlossen.	<b>Zusatzvereinbarung für Verträge, deren Beiträge nach § 40b EStG a.F. versteuert werden:</b> Es wird unwiderruflich vereinbart, dass während der Dauer des Dienstverhältnisses eine Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zum Zeitpunkt, an dem der versicherte Arbeitnehmer sein 59. Lebensjahr vollendet, insoweit ausgeschlossen ist, als die Beiträge vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) entrichtet worden sind. Ebenso wird das Recht zur Verpfändung, Abtretung oder Beleihung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen.	
<b>9 Sonstiges</b>		
<b>10 Erklärung des neuen Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz</b>		
Muss in folgenden Fällen <b>nicht</b> ausgefüllt werden: • bei einer Pensionskassenversorgung • bei einer betrieblichen Berufsunfähigkeitsversicherung <b>In allen anderen Fällen ist eine Identifizierung erforderlich.</b>		
<b>Identifizierung des <u>neuen</u> Versicherungsnehmers</b> • Die Übernahme des Vertrages erfolgt einvernehmlich zwischen Arbeitgeber(n) und versicherter Person (Arbeitnehmer). Es sind keine weiteren Personen beteiligt (eigene Veranlassung). • Eigenidentifizierung durch den VN ist unzulässig!		
<b>Der <u>neue</u> Versicherungsnehmer ist eine juristische Person</b> Bitte fügen Sie dem Antrag entsprechend der Rechtsform eine Kopie/Scan/Foto des Handelsregisterauszugs/Reisepasses/Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite).		
Name oder Bezeichnung der Firma	Rechtsform *	
Registernummer, Abruf am, Amtsgericht (soweit vorhanden)		
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma		
Namen der Geschäftsführer, Vorstände, Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter **		
* handelt es sich um ein Einzelunternehmen ohne Handelsregistereintrag, bitte die Ausweisdaten des Inhabers aufnehmen. ** handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter ebenfalls um eine juristische Person, so sind o.g. Angaben auch für diese zu erheben.		
<b>Nur falls kein Handelsregistereintrag existiert. Die Ausweisdaten eines Inhabers lauten:</b>		
Name	Vorname(n)	
Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) - (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
Ausweisart <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausstellungsort	Gültig bis

<b>11 Information zur Verarbeitung Ihrer Daten</b>	
Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der ausgewählten Versicherung Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.	Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter <a href="http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo">www.signal-iduna.de/datenschutzinfo</a>  Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.
<b>12 Schweigepflicht / Gesundheitsdaten</b>	
<b>12.1 Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des §203 BGB unterliegen</b>	
<p>Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach §203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.</p> <p>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.</p> <p>Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens.</p> <p>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.</p> <p><b>Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens</b> Das ausgewählte Versicherungsunternehmen verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p> <p><b>1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</b> Das ausgewählte Versicherungsunternehmen führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten 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 geschützte Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.</p> <p>Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <a href="http://www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste">www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste</a> eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse <a href="mailto:info@signal-iduna.de">info@signal-iduna.de</a> angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.</p> <p>Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach §203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter des ausgewählten Versicherungsunternehmens insoweit von Ihrer Schweigepflicht.</p> <p><b>2. Datenweitergabe an Rückversicherungen</b> Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann das ausgewählte Versicherungsunternehmen Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer 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</p>	<p>das ausgewählte Versicherungsunternehmen 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.</p> <p>Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung das ausgewählte Versicherungsunternehmen aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.</p> <p>Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob das ausgewählte Versicherungsunternehmen das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.</p> <p>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.</p> <p>Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Angaben verwendet.</p> <p>Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.</p> <p>Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach §203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für das ausgewählte Versicherungsunternehmen tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.</p> <p><b>3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</b> Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.</p> <p>Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.</p> <p>Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.</p> <p>Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.</p> <p>Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach §203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des ausgewählten Versicherungsunternehmens insoweit von Ihrer Schweigepflicht.</p>

**12.2 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**  
(nur erforderlich bei einer Kapitallebensversicherung, einer betrieblichen Berufsunfähigkeitsversicherung und bei einer Direktversicherung/Pensionskassenversorgung mit eingeschlossener Zusatzversicherung, bei denen bereits bei Antragstellung eine Gesundheitsbeurteilung erfolgte)

**Hiermit erteile ich meine 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 die Gesundheitsdaten für diesen den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ausgewählte Versicherung daher eine 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 StGB auch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, HIS-Betreiber 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 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.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung (unter 3.)

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 das ausgewählte Versicherungsunternehmen die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des 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 StGB 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)**

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 die anderen Stellen.

Ausgewählte Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für 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/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste](http://www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste) eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse [info@signal-iduna.de](mailto: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.

**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.

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)**

**3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**  
Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ausgewählte Versicherung an das HIS melden. Die ausgewählte Versicherung und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die ausgewählte Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

**3.5 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.


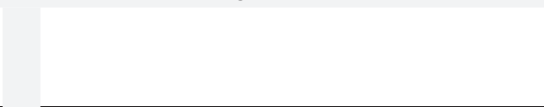

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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 erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

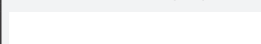
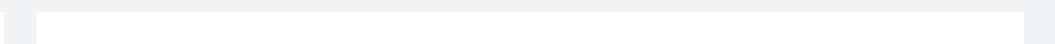
**13 Unterschriften Arbeitgeber und Arbeitnehmer**

Bevor Sie diese „Erklärung zum Wechsel des Versicherungsnehmers“ unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Ermächtigungen und Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieser Erklärung.

		
Datum	Eigenhändige Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers (versicherte Person) (Pkt. 2)	Eigenhändige Unterschrift und ggf. Firmenstempel des neuen Versicherungsnehmers (Pkt.4)

**Erklärung und Unterschrift Vermittler**

Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angabe des zukünftigen Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.  
Die Richtigkeit aller Unterschriften und aller Angaben gemäß GwG wird bescheinigt. Es sind keine risikoerhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen).

	
Verm.-Nr./ADVNR	Unterschrift Vermittler