

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem § 203 StGB unterliegen

Versicherungsanfrage / Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom _____

VNR _____ wird von ERGO ausgefüllt

Risikoträger: ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Zu versichernde Person (VP)

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Umfang der Gesundheitsfragen – Bei einer Versicherungsanfrage / einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich:
– Risikolebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung
– Altersrentenversicherung / fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder Todesfallleistung, Hinterbliebenenleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen

Vorvertragliche Anzeigepflicht
Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z.B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen.

Vorliegende Gentests sind erst ab einer beantragten Todesfallsumme von >300.000 Euro oder einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von >30.000 Euro anzugeben!
HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.

- | | | |
|-----|---|---|
| | | VP |
| 1.1 | Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 Euro oder mehr? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Invaliditätsabsicherungen (Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit) bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel) angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2.1 | Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko, Tragen von Schusswaffen, Umgang mit explosiven, gesundheitsgefährdenden oder radioaktiven Stoffen bzw. Strahlen, bei Feuerwehreinsätzen, als Soldat, Aufenthalt in Krisengebieten, Arbeiten in größeren Höhen mit Absturzgefährdung) ausgesetzt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Sind Sie besonderen Gefahren in der Freizeit (z.B. Flugsport, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampfsport, Auto-, Motorrad- oder Motorbootsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Reitsport, Wassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen) ausgesetzt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Nur bei Risikolebensversicherung beantworten, ansonsten weiter mit Frage 3:
Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike – jeweils ab Hubraum 80 ccm – als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 3. | Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der EU aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 4. | Körpergröße und Gewicht? <input type="text"/> VP <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg | |
| 5. | Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? Name des Arztes/Fachrichtung/Anschrift
_____ | |

6. Für die Fragen 6.1 bis 6.20 gilt: **Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen, Beschwerden, Behandlungen in den unten genannten Bereichen oder gab es in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante), stationäre Aufenthalte (auch Kur oder Reha) oder Krebstherapien?**

- | | | |
|------|---|---|
| | | |
| 6.1 | Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck über 140/90 mmHg [Einzelmessung], Herzkrankgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Schlaganfall, Herz- oder Gefäß-Operationen, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Atmungsorgane (z.B. Asthma, Lungen- oder Rippenfellkrankungen, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Speiseröhre (z.B. Sodbrennen), Magen, Darm? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.5 | Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.6 | Unterleibsorgane, Brust? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.7 | Schilddrüse? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.8 | Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben (z.B. ärztlich oder physiotherapeutisch/krankengymnastisch oder durch Massagen behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, auch Schulter-Arm-Syndrom, Schulter-Nacken-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann, Bechterew)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.9 | Knochen (z.B. Osteoporose, Verformung), Gelenke (z.B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Bakerzyste), Muskeln (z.B. fortschreitende Muskelschwäche, -schmerzen, -steifigkeit), Sehnen u. Bänder (z.B. Risse, wiederholte Sehnencheidenentzündungen), Bindegewebe (z.B. Marfan-Syndrom, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Überdehnbarkeit); Rheuma; Fibromyalgie? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.10 | Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen (auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.11 | Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.12 | Krampfadern, Venen, Arterien (einschließlich Durchblutungsstörungen, Gefäßaussackungen/Aneurysmen, Thrombosen, Embolien)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.13 | Anfallsleiden, Epilepsie? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.14 | Nerven (z.B. Lähmungen, Entzündungen), Gehirn (z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Migräne), Rückenmark? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.15 | Geschwülste, Tumoren, Krebs (einschließlich Leukämie); Gewebentnahmen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.16 | Unfälle (unerheblich sind Prellungen und einfache, folgenlos verheilte Knochenbrüche ohne Gelenkbeteiligung)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.17 | Hauterkrankungen (einschließlich nach ärztlicher Einschätzung kontrollbedürftige Muttermale/Naevi)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.18 | Ohrenerkrankungen (z.B. Hörminderung, Hörsturz, behandlungsbedürftige Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.19 | Augenerkrankungen, Sehfehler (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit unter 8 Dioptrien), Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck oder grüner Star/Glaukom, Linsentrübung/ grauer Star/Katarakt, Netzhaut- oder Hornhautveränderungen, Schielen (auch operiertes), fehlendes räumliches Sehen, Gesichtsfeldausfälle, Entzündungen der Sehnerven, der Regenbogen-, Ader- und/oder Lederhaut des Auges? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6.20 | Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z.B. Malaria), Geschlechtskrankheiten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Zu den bejahten Fragen 6.1 bis 6.20 bitte die entsprechenden Zusätzlichen Erklärungen ausfüllen.

- | | | |
|------|--|---|
| | | |
| 7. | Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Gichtanfälle oder wurden Ihnen Blutfette, Leberwerte oder Harnsäurewerte außerhalb des Normbereichs vom Arzt mitgeteilt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 8. | Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 9.1 | Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren Vorsorge- oder sonstigen medizinischen Untersuchungen unterzogen, als deren Folge Behandlungen (einschließlich Operationen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen), Abklärungsuntersuchungen oder Kontrollen angeraten oder erforderlich wurden? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 9.2 | Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, mehrmals jährlich oder saisonal Medikamente (z.B. Tabletten, Spritzen, Sprays, Therapiepflaster, Salben) oder wurden Ihnen solche verordnet? (Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben werden) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 10.1 | Bestehen – oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren – Krankheiten oder Beschwerden der Psyche oder sind Sie in den letzten 10 Jahren aus psychischen oder psychosomatischen Gründen von Ärzten, Psychologen oder Psychotherapeuten untersucht, beraten und behandelt worden (z.B. Ess-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Selbsttötungsversuch(e), psychosomatische oder somatoforme Erkrankungen, Burn-out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen)? Wenn ja, bitte Zusätzliche Erklärung Nr.14 (Druckstück-Nr. 500 32 322) beifügen. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

- 10.2 Sind Sie – oder waren Sie in den letzten **10** Jahren – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung, Kontrolluntersuchungen) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant? ja nein
- 10.3 Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten **10** Jahren – mehrfach Drogen oder Aufputzmittel? ja nein
- 10.4 – Sind Sie **Raucher**/konsumieren Sie Nikotin?
 Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen, das Konsumieren von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, den Konsum von Kau- oder Schnupftabak und das Rauchen von Wasserpfeifen (Shisha).
 – Sind Sie **Nichtraucher** seit mindestens 12 Monaten?
 – Sind Sie **Nichtraucher** seit mindestens 10 Jahren (nur bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket beantworten)?
 Nichtraucher ist, wer aktiv mindestens innerhalb der letzten 12 Monate (in den letzten 10 Jahren bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket) kein Nikotin zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.
Gilt nur für Risikolebensversicherung: Sofern die versicherte Person **Nichtraucher** ist und nach Vertragsabschluss **Raucher** wird, stellt dies eine **Gefahrerhöhung** dar. **Sie sind verpflichtet, die Änderung des Nichtraucherstatus uns unverzüglich anzuzeigen.** Wenn die versicherte Person eine Gefahrerhöhung vornimmt, sind wir berechtigt, auf einen entsprechenden erhöhten Beitrag für Raucher umzustellen. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann zur rückwirkenden Beitragserhöhung oder zur Reduzierung der Todesfallleistung führen.
11. Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (anzugeben sind auch bereits operierte Veränderungen), z. B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren oder des Stoffwechsels, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)? ja nein
12. Wurde bei Ihnen jemals eine AIDS-(HIV-)Infektion festgestellt (positiver HIV-Bluttest)? ja nein
13. Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt: eine Minderung der Erwerbs- (MdE) oder Berufsfähigkeit, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Pflegegrad?
 % MdE/GdS GdB % Berufsunfähigkeit/Invalidität % WDB Pflegegrad: _____
ja nein
14. Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht? ja nein

Zusätzliche Fragen 15–18 bei BUZ/EUZ/BUV

- 15.1 Wurde bei Ihnen bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung anerkannt oder besteht aktuell oder bestand während der letzten 5 Jahre eine zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen? ja nein
- 15.2 Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit:
 Überwiegende Art der Tätigkeit? handwerklich/körperlich oder kaufmännisch, organisatorisch oder aufsichtsführend
 Branche: _____ Falls selbstständig: Seit wann _____ Anzahl der familienfremden Mitarbeiter? _____
 Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 6 Monate selbstständig zu machen? ja nein
16. Haben Sie in den letzten **10** Jahren schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? ja nein
- Frage 17 bei BU-/EU-Rente immer beantworten**
- 17.1 Sind **bei anderen Gesellschaften** (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) aktuell beantragt oder bestehen bereits Invaliditätsversicherungen (Beruf-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen)? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe? (BU/DU/EU Nichtzutreffendes streichen)
 Gesellschaft: _____ BU/DU/EU-Rente: _____ Euro pro Jahr
 Gesellschaft: _____ BU/DU/EU-Rente: _____ Euro pro Jahr
- 17.2 Haben Sie neben der beantragten BU-Rente noch **weitere Leistungen aus Invaliditätsabsicherungen** zu erwarten?
 Bitte jeweils BU/ DU/ EU-Rente jährlich angeben:
 Berufsständische Versorgung: _____ Euro pro Jahr Betriebliche Altersversorgung: _____ Euro pro Jahr
 Beamtenversorgung: _____ Euro pro Jahr

Frage 18 nur bei einer BU-/EU-Rente von mehr als 12.000 Euro jährlich (inkl. Bonusrente und einschl. sonstiger bestehender oder aktuell beantragter BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke) beantworten

18. Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttojahresarbeitsentgelt sowie das Bruttojahresarbeitsentgelt* der letzten zwei Jahre an:
 derzeit: _____ Vorjahr 20 _____ Vorjahr 20 _____
 Euro Euro Euro
 *Bei Arbeitnehmern: Bruttojahresarbeitsentgelt einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, bei Selbstständigen: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern
19. Wird zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ eingereicht? ja nein
- 19.1 Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“ notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch den Versicherer beauftragt werden? Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct Druckstück-Nr. 500 71 273 beifügen. ja nein

Weiterführende Angaben

Zu Fragen, die Sie **bejaht** haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. siehe Anlage

Frage Nr. Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme?

1

2 Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren?/Seit wann?/Wo?

3 Reiseland (ggf. Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund

6–12 Was lag oder liegt vor? Wann? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende /behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

15.1 Wann und weshalb?

15.2 Derzeitig ausgeübte Tätigkeit (ggf. Ausbildungsberuf /Studienfach) Seit wann?

16 Wann und weshalb?

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der auf der letzten Seite angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG (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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG die von mir in dieser Anfrage/diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Anfrage-/Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Schweigepflichtentbindung

(Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten)

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Anfrage-/Antragstellung an die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anfrage-/Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anfrage-/Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage-/Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anfrage-/Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2. – Möglichkeit I).

Datenschutz

Die auf der Rückseite/Folgesseite fortgeführte abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen ab. Dazu zählen:

3. die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
 - 3.1 die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.2 die Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.3 der Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)
 - 3.4 die Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich als versicherte Person.

Unterschriften

Mit den nachstehenden Unterschriften

- bestätigen Sie die Angaben zur Gesundheitserklärung und zu den weiteren risikorelevanten Personendaten
- geben Sie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 Strafgesetzbuch unterliegen ab,
- sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung.

Gilt nur bei bAV: Sobald der Antragsteller/Versicherungsnehmer der Arbeitgeber der versicherten Person ist, gilt:

Eine Unterschrift des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Die Durchschrift der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung erhält ausschließlich die versicherte Person (VP).

Eine Durchschrift/Kopie der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragsteller/Versicherungsnehmer (VN)



Unterschrift versicherte Person (VP), wenn nicht mit Antragsteller/Antragsteller/VN identisch



Bei einer minderjährigen versicherten Person sind zusätzlich die Unterschriften **aller** gesetzlichen Vertreter mit Vor- und Nachnamen erforderlich.

Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter mit Vor- und Nachnamen

 _____

Ort und Datum

Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter mit Vor- und Nachnamen



Unterschrift Vermittler mit Vor- und Nachnamen



3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de im Abschnitt "Datenschutz" eingesehen oder unter info@ergo.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre Versicherungsanfrage/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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG an das HIS melden. Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

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

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird.

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG 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.