

- ☐ 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 AGVP

Versicherungsnehmer-Wechsel (für bAV) Übertragung von Arbeitgeber auf die versicherte Person

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.				
1 Versicherungsnummer		2 Bisheriger Versicherungsnehmer		
Versicherungsnummer		Name		
RINR				
3 Versicherte Person (Arbeitnehmer)				
Anrede ☐ Herr ☐ 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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Berufliche Tätigkeit ☐ voll berufstätig		Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle	
	☐ Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in) ☐ Beamter(-tin) ☐ Selbständige(r) ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer(in) ☐ Hausfrau(-mann)/nicht berufstätig ☐ Rentner(in)		Überwiegend tätig ☐ körperlich ☐ kaufmännisch/leitend	
* Hinweis: Hat die versicherte Person (der neue Versicherungsnehmer) ihren Wohnsitz im Ausland, können die steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen weder durch die SIGNAL IDUNA noch durch ihre Mitarbeiter und Vermittler beurteilt werden.				
4 Vertragsfortführung durch die versicherte Person				
Es handelt sich um einen Versicherungsnehmer-Wechsel wegen Ausscheidens aus dem Beschäftigungsverhältnis .				
Das Beschäftigungsverhältnis bestand bis zum 20				
Die versicherte Person übernimmt die Versicherung als Versicherungsnehmer.				
Der ehemalige Arbeitgeber erteilt schon jetzt seine Zustimmung zum Versicherungsnehmerwechsel und zur Übernahme der Zusage nach § 4 Abs. 2 Nr.1 BetrAVG auf einen nachfolgenden Arbeitgeber, sofern sich der Arbeitnehmer und der nachfolgende Arbeitgeber zu einer Weiterführung des bestehenden Vertrages entscheiden.				
Ich, der neue Versicherungsnehmer, bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.				
Bitte ankreuzen**	☐ ja, für Telefonnummer	☐ ja, für Telefaxnummer	☐ ja, für E-Mail	☐ ja, für SMS - Mobilfunknummer
* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben				
5 Beitragszahlung				
Der Vertrag soll:				
☐ beitragsfrei weitergeführt werden.				
☐ mit dem bisherigen Beitrag weitergeführt werden.				
☐ mit folgendem neuen Beitrag weitergeführt werden: EUR				
Hinweis bei Herabsetzung des Beitrages: Eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen werden (sofern möglich) im selben Verhältnis reduziert. Sofern eine Sterbegeld-Zusatzversicherung (SGZ) eingeschlossen ist, bleibt diese in unveränderter Höhe enthalten.				
Beitragszahlung laufend ☐ monatlich ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ jährlich				
Wird keine Auswahl getroffen, wird der Vertrag mit dem aktuell vereinbarten Beitrag und der aktuell vereinbarten Zahlungsweise unverändert fortgeführt. Eine Änderung der Zahlungsweise ist grundsätzlich nur zu einer Zahlungsfälligkeit des Vertrages möglich.				
6 SEPA-Lastschriftmandat (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 (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet. Mandatsreferenznummer: 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		
7 Bezugsrecht				
7.1 Bezugsrecht für den Erlebensfall				
Die versicherte Person (der neue Versicherungsnehmer) ist für die Versicherungsleistung ohne Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt.				
7.2 Bezugsrecht für den Todesfall				
Die von der versicherten Person für den Todesfall getroffene Verfügung bleibt bestehen.				

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

8 Besondere Vereinbarung

Der Versicherungsschein ist dem neuen Versicherungsnehmer ausgehändigt worden.

Wird das Ausscheiden des Arbeitnehmers nicht rechtzeitig angezeigt, so werden grundsätzlich nur die Beiträge erstattet, die nach dieser Anzeige bei dem Versicherer eingegangen sind.

9 Sonstiges

10 Erklärung des neuen Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz

Muss in folgenden Fällen **nicht** ausgefüllt werden:

- bei einer Pensionskassenversorgung
- bei einer betrieblichen Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei einer **Beitragsfreistellung** ist eine Identifizierung nicht zwingend erforderlich.

In allen anderen Fällen ist eine Identifizierung erforderlich.

Identifizierung des neuen Versicherungsnehmers

- 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!

Der **neue** Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person (Angaben zum Versicherungsnehmer gemäß Ausweis)
Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie/Scan/Foto des Identifizierungsdokuments (Reisepass/Personalausweis) bei (Vorder- und Rückseite).

Name	Vorname(n)		
Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) - (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)			Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Staatsangehörigkeit		Geburtsort	
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde		Ausstellungsdatum
Ausweisart ☐ Reisepass ☐ Personalausweis	Ausstellungsort		Gültig bis

11 Information zur Verarbeitung Ihrer Daten

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 www.signal-iduna.de/datenschutzinfo

Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

12 Schweigepflicht / Gesundheitsdaten

12.1 Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des §203 BGB unterliegen

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.

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 nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens.

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.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens

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

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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.

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 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 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.

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.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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 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.

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.

Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob das ausgewählte Versicherungsunternehmen 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 Angaben verwendet.

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.

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.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

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.

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.

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. Assistenzgesellschaften, 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 beigelegt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter 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 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 Schweigepflichtentbindungserklärung (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 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 (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, 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 erhoben, 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 und ggf. Firmenstempel des bisherigen Versicherungsnehmers (Pkt.2)

Eigenhändige Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers (versicherte Person) (Pkt.3)

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