

Versicherungsnehmer-Wechsel (für bAV)

Versicherungs-/Kundennummer	RINR/Vertrag
zum Datum/Termin	

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert. Im gesamten Dokument werden einheitlich die Bezeichnungen Antrag und Antragsteller verwendet.

1 Bisheriger Versicherungsnehmer

Name

2 Versicherte Person

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Sonst.	Name, Vornamen (Name und Vorname sind mit Komma zu trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer
	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,	Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle		
Telefonnummer	Telefaxnummer	E-Mail	Mobilfunknummer	

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**	<input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer	<input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer	<input type="checkbox"/> ja, für E-Mail	<input type="checkbox"/> ja, für SMS
-------------------	--	--	---	--------------------------------------

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

3 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren <input type="checkbox"/> Überweisung vom angegebenen Konto (nur bei Vertragsfortführung durch den neuen Arbeitgeber) <input type="checkbox"/> Einzelüberweisung/Dauerauftrag	Abbuchung erstmals ab	<input type="checkbox"/> Rückstand ebenfalls abbuchen
---	-----------------------	--

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

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 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 Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugstermin informiert.

IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
Geldinstitut	Datum
Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber	

4 Vertragsfortführung

<input type="checkbox"/> 4.1 durch den Arbeitnehmer (private Fortführung durch die versicherte Person) Es handelt sich um einen Versicherungsnehmer-Wechsel wegen Ausscheidens aus dem Beschäftigungsverhältnis. Das Beschäftigungsverhältnis bestand vom _____ bis _____. Der ehemalige Arbeitgeber erteilt schon jetzt seine Zustimmung zum Versicherungsnehmerwechsel und zur Übertragung 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.			
<input type="checkbox"/> 4.2 durch den neuen Arbeitgeber			
Firmenname		Rechtsform	
Straße Hausnummer, PLZ Ort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Geschäftssitzland	
<input type="checkbox"/> Es liegt ein Arbeitgeberwechsel vor und der Vertrag wird übernommen. Arbeitsrechtlich handelt es sich um eine Übernahme der Zusage gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 BetrAVG. Das Beschäftigungsverhältnis bestand vom _____ bis _____. Beginn des neuen Beschäftigungsverhältnisses beim neuen Arbeitgeber _____.			
<input type="checkbox"/> Es liegt ein Betriebsübergang nach § 613 a BGB vor. Das ursprüngliche Eintrittsdatum gilt weiter.			
<input type="checkbox"/> Der Vertrag wird nach privater Fortführung durch einen neuen Arbeitgeber 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 Beschäftigungsverhältnisses beim neuen Arbeitgeber _____.			
Der Beitrag für die Versicherung wird finanziert: <input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber <input type="checkbox"/> durch Entgeltumwandlung <input type="checkbox"/> teilweise vom Arbeitgeber, teilweise durch Entgeltumwandlung	Arbeitgeberfinanzierter Beitrag in EUR	durch Entgeltumwandlung finanzierter Beitrag in EUR	Gesamtbeitrag in EUR (Beitragsrate)

Änderungen der Beitragsanteile müssen dem Versicherer schriftlich mitgeteilt werden. Bis dahin sind die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesenen Beitragsanteile maßgeblich.

5 Bezugsrecht

5.1 Bezugsrecht für den Erlebensfall

Bezugsrecht für die durch Entgeltumwandlung finanzierten Versicherungsleistungen:
Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt

Die versicherte Person ist für die Versicherungsleistung ohne Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt.

Standardbezugsrecht für die arbeitgeberfinanzierten Versicherungsleistungen:

Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt

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 25. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat mindestens 5 Jahre bestanden,
- die versicherte Person Handlungen begeht, die den Arbeitgeber berechtigen, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.

Alternativ möglich

unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt

5.2 Verfügung für den Todesfall (Die Verfügung für den Todesfall gilt nur soweit die versicherte Person für den Erlebensfall bezugsberechtigt ist.)

Die von der versicherten Person für den Todesfall getroffene Verfügung bleibt bestehen.

6 Besondere Vereinbarungen

Der Versicherungsschein ist dem neuen Versicherungsnehmer ausgehändigt worden.

Zusatzvereinbarung bei Entgeltumwandlung gemäß § 1b Absatz 5 Betriebsrentengesetz:

Das Recht zur Verpfändung, Abtretung oder Beleihung der Versicherung durch den Arbeitgeber wird ausgeschlossen.

Zusatzvereinbarung für Verträge, deren Beiträge nach § 40b EStG a.F. versteuert werden:

Es wird unwiderruflich vereinbart, dass während der Dauer des Dienstverhältnisses

es eine Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zu dem 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.

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

7 Sonstiges

8 Erklärung des neuen Versicherungsnehmers zum Geldwäschebekämpfungsgesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

ja nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG) Teil B ausfüllen

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und weitere Datenschutzhinweise

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.signal-iduna.de/Kontakt/ Datenschutz/index.php#Verhaltensregeln](http://www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Verhaltensregeln) abrufen können. Ebenfalls im Internet können Sie Listen der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste einsehen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln per Post. Bitte wenden Sie sich schriftlich an unseren zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder die Mailadresse info@signal-iduna.de.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Hierzu wenden Sie sich bitte an vorgenannte Adressen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen beim Datenschutz unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder per E-Mail an datenschutz@signal-iduna.de.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ausgewählte Versicherung daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzgesellschaften, HIS-Betreiber oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der ausgewählten Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ausgewählte Versicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ausgewählte Versicherung

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

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung
Die ausgewählte Versicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten an 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.

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

Die ausgewählte Versicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ausgewählte Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ausgewählte Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/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 IDUNA Vereinigte 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 IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG 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.

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 Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.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.

Söfern 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.

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die ausgewählte Versicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ausgewählte Versicherung zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Die ausgewählte Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ausgewählten Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

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

Eigenhändige Unterschrift und ggf. Firmenstempel des neuen Versicherungsnehmers

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des 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 risikoe erhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen).

Verm.-Nr./Unterschrift Vermittler

HV Hamburg HV Dortmund

HV Hamburg HV Dortmund

Ausändigung durch
 HV
 FD

Aufzeichnung gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG)

(grundsätzlich bei einem Versicherungsnehmerwechsel notwendig)

Erklärung des Antragsvermittlers bei Neuabschluss/Vertragsänderung			
Teil A: Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig.			
1. Antragsteller ist eine natürliche Person			
Angaben zum Antragsteller gemäß Ausweis: Die Identifizierung erfolgt in Anwesenheit des Antragstellers. (<input type="checkbox"/> nein, die Identifizierung erfolgt in Abwesenheit des Antragstellers. Eine beglaubigte Kopie des Ausweises ist beigefügt.)			
Name		Vornamen	
Ausweisart und -nummer <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis Nr.:	Ausstellende Behörde und Ausstellungsort	Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)	Ausstellungsdatum
			Gültig bis
2. Antragsteller ist eine juristische Person			
Name oder Bezeichnung der Firma		Rechtsform	
Registernummer, Abruf am, Amtsgericht (soweit vorhanden)			
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma		Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter *	
* 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.			
Teil B: Identifizierung wirtschaftlich Berechtigte(r)			
Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung , bzw. der Kunde wurde hierzu von einem Dritten beauftragt . Bei juristischen Personen sind die natürlichen Personen anzugeben, die mehr als 25% der Anteile halten.			
<input type="checkbox"/> abweichender Beitragszahler <input type="checkbox"/> Veranlassung durch einen Dritten <input type="checkbox"/> unwiderruflich Bezugsberechtigter <input type="checkbox"/> Anteilseigner > 25% (bei Einzelfirmen ist der Inhaber unter Teil A per Ausweis zu identifizieren)			
Bei mehreren wirtschaftlich Berechtigten bitte für jede Person jeweils einen Teil B ausfüllen.			
Name, alle Vornamen des veranlassenden/beauftragenden Dritten/ Anteilseigners:			
Ist oder war der veranlassende Dritte oder ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihm sonst nahestehende Person eine „Politisch exponierte Person“ (z.B. Regierungschef, Minister, Parlamentsmitglied, Bundesrichter) in Deutschland oder im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bitte unter „Hintergründe“ Informationen zur Person und politischen Funktion ergänzen	
Meldeanschrift:			
Beziehung zum Versicherungsnehmer:			
Herkunft der Gelder (nicht ausfüllen, wenn unwiderruflich Bezugsberechtigter):			
Hintergründe: Bitte erläutern Sie, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt bzw. bitte ergänzen Sie Informationen zur Person und politischen Funktion.			