

Versicherungsantrag auf Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung

ADKZAT2 06.26
002956-101-000290

| | | | | |
|----|--------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| VE | Personen-Nr. (Vers.-Nr.) | Abschlussverm. AD-Nr. | Bestandsbetr. AD-Nr. | GKD-Nr. |
| | | | | |

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner ja, bei nein

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Advigon Versicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 8 und 9 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Antragsteller (mindestens 18 Jahre)

Beantragter Versicherungsbeginn: 0 1 | | | 2 0 | | |

Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragseingang folgende Monatserste beantragt.

Titel/Name: _____ Vorname: _____

Straße, Postfach/Zustellergängung: _____ Haus-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

Telefon* (privat): _____ Fax*: _____

Telefon* (geschäftlich): _____

E-Mail*: _____

Bankverbindung

Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen


abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 015 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

Ihre IBAN finden Sie auf Ihrer Bankkarte (die deutsche IBAN besteht inkl. Länderkennzeichen aus 22 Stellen)

z. B. DE Prüfziffer BLZ Konto-Nr.

IBAN: _____

Datum: _____

1. Unterschrift des Antragstellers: 

SEPA-Mandatserteilung (Inhalt siehe Schlusserkklärungen)

Zahlungsweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zu versichernde Personen

Person 1

Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name): _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Gewünschte Tarife Person 1

privat ambulant

AZE1 AZE4 AZB2 AZB3

Monatsbeitrag: _____ EUR

Person 2

Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name): _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Gewünschte Tarife Person 2

privat ambulant

AZE1 AZE4 AZB2 AZB3

Monatsbeitrag: _____ EUR

Person 3

Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name): _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Gewünschte Tarife Person 3

privat ambulant

AZE1 AZE4 AZB2 AZB3

Monatsbeitrag: _____ EUR

Person 4

Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name): _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Gewünschte Tarife Person 4

privat ambulant

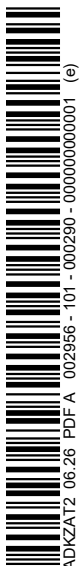
AZE1 AZE4 AZB2 AZB3

Monatsbeitrag: _____ EUR

Angaben zur GKV

Alle zu versichernden Personen sind zu Vertragsbeginn Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder heilfürsorgeberechtigt: ja nein

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:



* Diese Angaben sind freiwillig.

Antragsteller

Name Vorname

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Im Übrigen verweisen wir an dieser Stelle nochmals auf die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 8 und 9 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Hinweis:

Frage 1 ist ab dem vollendeten **16. Lebensjahr** zu beantworten.

Frage 4 ist ab dem vollendeten **8. Lebensjahr** zu beantworten.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
|---|--|--|--|--|
| 1. Fehlen Zähne im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheits- und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne) Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem monatlichen Beitragszuschlag für jeden fehlenden Zahn in Höhe von 2,50 EUR einverstanden. | | | | |
| 2. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen beim Zahnarzt/Kieferorthopäden statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem Leistungsausschluss für die bereits begonnene zahnärztliche Maßnahme bzw. kieferorthopädische Behandlung einverstanden. | | | | |
| 3. Sind zahnärztliche Maßnahmen beim Zahnarzt/Kieferorthopäden für die Zukunft angeraten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit einem Leistungsausschluss für die angeratene zahnärztliche Maßnahme bzw. kieferorthopädische Behandlung einverstanden. | | | | |
| 4. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden. | | | | |

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
- nebenstehend benannte Verbraucherinformation(en), die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung,
- gesonderte Widerrufsbelehrung,
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

Verbraucherinformation **Version (z. B. Juni 2026)**

Krankenzusatzversicherung

2. Unterschrift des Antragstellers



Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen (nachfolgende Seiten dieses Antrags). Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen und den darin enthaltenen Hinweis zum Widerrufsrecht zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.

Ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der Advigon Versicherung AG verpassen!
Ich bin einverstanden, dass mich die Advigon Versicherung AG zu ihren versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z. B. zu den Themen Kranken-, Lebens-, Reise- und Sachversicherung) über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktiert.

Bitte informieren Sie mich per: E-Mail und Telefon E-Mail Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (Advigon Versicherung AG, KV-Vertragservice, 20911 Hamburg), **E-Mail** (kv-vertrag@advigon.com) **oder Telefon** (040 55554010) **formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.**

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie ausdrücklich zu, dass der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf Seite 6 bis 7 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

Ort, Datum

3. Unterschrift des Antragstellers

Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt.

Unterschrift des Vermittlers

A. Wichtige Erläuterungen für den Antragsteller

- Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.
- Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
- Für Tarife der Krankenzusatzversicherung gelten Mindestversicherungsdauern. Für die Tarife AZM und AZL sind dies zwei Versicherungsjahre und für die übrigen Tarife ein Versicherungsjahr. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können die Tarife AZM und AZL zum Ende des laufenden Monats bzw. die übrigen Tarife zum Ende des Versicherungsjahres bedingungsgemäß gekündigt werden. Die Tarife verlängern sich stillschweigend, wenn sie nicht bedingungsgemäß gekündigt werden. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember. Für jedes weitere Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Erläuterung zu prädiktiven Gentests**
Nach § 18 des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf der Versicherer den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven“ Gentest wird dabei die Untersuchung des Erbmateriels eines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.
- Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
- Widerrufsrecht:**
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformationen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder online unter www.advigon.com/widerruf widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung befindet sich in der Verbraucherinformation im Abschnitt „Wichtige Informationen“. Für die Tarife AZM und AZL ist diese auf den Seiten 8 bis 9 bzw. für die übrigen Tarife auf den Seiten 6 bis 7 abgedruckt.
Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

B. Hinweise für den Antragsteller

- Zuständige Aufsichtsbehörde**
Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,
Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz, Liechtenstein
 - Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen**
 - Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmestätigung zugegangen ist.
 - Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der Advigon Versicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.
- D. SEPA-Basislastschrift**

SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
Advigon Versicherung AG,
Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN
Gläubiger-Identifikationsnummer: LI 70 ZZZ 0000000010
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Advigon Versicherung AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Advigon Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungsdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

E. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften, insbesondere der europäischen Datenschutzgrundverordnung, 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 Advigon Versicherung AG – nachfolgend Advigon genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Personenversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzgesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Advigon selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Advigon (unter 3.) und
- wenn ein 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. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung oder fordern Sie diese gern bei uns an.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Advigon

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

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung oder fordern Sie diese gern bei uns an.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten 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 Advigon 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Advigon 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.

Ich wünsche, dass mich die Advigon 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 Advigon einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Advigon einwillige oder**
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. 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 Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

Die Advigon verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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 Advigon benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 Advigon 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 Advigon zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Advigon tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Advigon führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. 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 Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtenbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die Advigon führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Advigon erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter <https://www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung> eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Advigon Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Advigon meine Gesundheitsdaten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Advigon dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Advigon und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Advigon 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 Advigon 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 Advigon Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Advigon speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Advigon bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Advigon 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.