

Risiko- und Gesundheitsfragebogen

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt
 VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) _____ Abschlussverm. AD-Nr. _____ Bestandsbetr. AD-Nr. _____ Kunden-Nr. _____ ML 511 01.22 PDF A 002637-080-000290
 AD-Versand ja

Antragsteller Name _____ Vorname _____ Antrag vom _____
Zu versichernde Person Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Risiko- und Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person
 Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.
 Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt und Sie einen Antrag auf Abschluss einer Berufs- oder Dienstfähigkeitsversicherung mit mehr als 30.000 EUR Jahresrente oder einer Risikolebensversicherung mit mehr als 300.000 EUR Versicherungssumme einreichen, müssen Sie uns die Ergebnisse der bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen mitteilen.
 Die Rückfragezeiträume können bei den Gesundheitsfragen mehrere Jahre betragen. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Sollten Sie unsicher sein, empfehlen wir Ihnen, sich vor Beantwortung der Fragen – z. B. bei Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten – über die jeweilige Gesundheitslage genau zu informieren. Sie können uns so behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz bekommen.
 Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.
Die nachfolgenden Risikobeurteilungs- und Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Beherrschung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht
Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns 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 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ (VVG = Versicherungsvertragsgesetz). Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen überreichten Verbraucherinformation entnehmen.

1. Frage zu weiteren Versicherungen
 Wenn ja, bitte nähere Angaben (Gesellschaft, Höhe der versicherten Rente, Jahr, Vertrag aktiv?) machen **und** ob diese Anträge nur mit Erschwernissen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt wurden.

	Ja	Nein
Bestehen für Sie weitere Versicherungen auf Ihr Leben, auf Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit, auf Erwerbsunfähigkeit oder -minderung, bzw. auf den Pflegefall, oder haben Sie solche in den letzten 5 Jahren beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fragen zu besonderen Gefahren
 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 2.1 bis 2.2 bejahen, bitte unten nähere Angaben bzw. entsprechenden Zusatzfragebogen einreichen.

	Ja	Nein
2.1 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. durch Umgang mit Chemikalien, radioaktiven, explosiven, toxischen oder infektiösen Stoffen, durch Aufenthalte in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z. B. durch Ausübung von Kampfsport, Auto- / Motorsport, Flug- / Luftsport, Bergsport, Reitsport, Tauchen, Wildwassersport, Rugby oder Teilnahme an Wettbewerben) ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Planen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb der EU aufzuhalten? Wenn ja, bitte Ort, Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Frage:
 2.1 _____
 2.2 _____

3. Fragen zu beruflichen Tätigkeiten

3.1 Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?
 Bürotätigkeit zu _____% Aufsichtsführende/leitende Tätigkeiten zu _____%
 _____ Anzahl der festangestellten Vollzeitmitarbeiter
 Handwerkliche/körperliche Tätigkeiten zu _____% Reisetätigkeit/Außendiensttätigkeit zu _____%
 Sonstiges _____ zu _____%

3.2 Beschreibung der beruflichen Tätigkeit: _____

3.3 **Einkommensangaben** des laufenden Jahres und der vergangenen zwei Jahre **sind immer anzugeben:**
Bei Arbeitnehmern: Bruttoarbeitseinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld Bei Selbstständigen: Gewinn/Jahresüberschuss (vor Steuern)
 Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR
 Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR
 Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR

Ab einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 24.000,- EUR sind ein zusätzlicher Fragebogen und die Einkommensnachweise des laufenden Jahres und der vergangenen zwei Jahre erforderlich.

4. Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand
 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 4.2 bis 4.5 bejahen, bitte unten nähere Angaben eintragen (welches Leiden, Art der Anerkennung, Träger, Höhe, bitte ggf. entsprechende Bescheide beifügen).

4.1 Derzeitige Körpermaße: Größe _____ cm Gewicht _____ kg

	Ja	Nein
4.2 Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Beziehen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? (Name und Anschrift) Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Arzt kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoübernahme berücksichtigen können.		

Zu Frage:
 4.2 _____
 4.3 _____
 4.4 _____

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:

Angaben zum Gesundheitszustand



Angaben zum Gesundheitszustand	5. Frage zu stationären Behandlungen in den letzten 10 Jahren Falls ja, bitte nähere Gesundheitsangaben eintragen (Erkrankung, Beschwerden, Art und Dauer der Behandlung, Arbeitsfähigkeitszeiten, Medikamente, Folgen und Namen/Adresse des jeweiligen Behandelnden) machen.							
	Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen? (z. B. wegen Erkrankung des Nervensystems, Selbsttötungsversuch, Erkrankung und Störung der Psyche, Alkohol- und Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch, Strahlenuntersuchungen, gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen, orthopädische Beschwerden)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Fragen zum Gesundheitszustand der letzten 5 Jahre Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 6.1 bis 6.18 bejahen, bitte unten nähere Gesundheitsangaben eintragen.							
	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, aufgrund derer Sie in Beratung, Behandlung oder Untersuchung waren (z. B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen/Psychotherapeuten) bzw. Medikamente (mehr als 1x wöchentlich) einnehmen mussten, wegen:						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.1	des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.2	der Atmungsorgane (z. B. Lungen-, Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.3	des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Galle, der Leber, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.4	der Nieren und Harnwege, der Blase, der Prostata, der Unterleibsorgane bzw. der Geschlechtsorgane (z. B. Nieren-/Blasensteine, Zysten, Fisteln, Infektionen, Nierenentzündung, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatavergrößerung/-entzündung, Brusterkrankungen)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.5	der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.6	der Ohren (z. B. vermindertes Hörvermögen, Ohrgeräusche, Lärmschäden, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	der Haut (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Allergie, Schuppenflechte)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.8	des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.9	Kopfschmerzen (Schmerzdauer > 6 Stunden täglich, Häufigkeit > 2 x pro Monat) oder Migräne?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.10	des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.11	der Wirbelsäule oder Bandscheiben (z. B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.12	der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.13	des Blutes, der Drüsen, der Milz (z. B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.14	akuten oder chronischen Infektionen (z. B. Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.15	Unfällen oder Vergiftungen?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.16	der Psyche oder der Psychosomatik (z. B. Angst- oder Zwangsstörungen, Stress- oder Erschöpfungszustände, Essstörungen, Depressionen, Psychosen, Selbsttötungsversuche)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.17	Drogen-, Tabletten- oder Alkoholkonsum?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.18	Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Geschwülste, Zysten)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zu Frage:	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann/ bis wann?	Liegt völlige Aushheilung vor?	Aktuelle Medikamente/ Beschwerden?	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden			
6.1								
6.2								
6.3								
6.4								
6.5								
6.6								

Angaben zum Gesundheitszustand	Zu Frage:	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann/ bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Aktuelle Medikamente/Beschwerden?	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden
	6.7					
	6.8					
	6.9					
	6.10					
	6.11					
	6.12					
	6.13					
	6.14					
	6.15					
	6.16					
	6.17					
	6.18					

Bitte immer beantworten (weitere Angaben)

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigefügt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

Wer hat die Angaben zum Gesundheitszustand in dieses Formular eingetragen:

Ich, die zu versichernde Person Der Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person

Die nachfolgend aufgeführte Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit meine Zustimmung. Ich kann diese Erklärung jedoch jederzeit widerrufen.

Ort _____	Unterschrift des Antragstellers _____	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter) _____	
Datum _____	<p>Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (<input type="checkbox"/> 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.</p>		Unterschrift des Vermittlers _____

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HanseMerkur Lebensversicherung AG – nachfolgend HanseMerkur genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung 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 werden.

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

- durch die HanseMerkur selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HanseMerkur (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.

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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.

Ich wünsche, dass mich die HanseMerkur 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 HanseMerkur einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HanseMerkur 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 fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur

Die HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMerkur tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die HanseMerkur führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. 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, benötigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die HanseMerkur führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.hansemerker.de/service/datenschutz eingesehen oder bei der Hauptverwaltung angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HanseMerkur Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 HanseMerkur dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur 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 HanseMerkur tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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.