

## Risiko- und Gesundheitsfragebogen

Versicherungsnummer	Abschlussverm. AD-Nr.	Bestandsbetr. AD-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AD-Versand  ja

### Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Lebensversicherung 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 (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Antragsteller	Name	Vorname	Antrag vom
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zu versichernde Person	Name	Vorname	Geburtsdatum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns.	Berufsschlüssel
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Angaben beziehen sich auf meinen Hauptberuf. Ich übe keine weiteren Beruf oder Nebenberuf aus. Sofern ein weiterer Beruf ausgeübt wird, ist ein zusätzlicher Fragebogen einzureichen.

Status  Arbeitnehmer  Selbstständiger/Freiberufler  Rentner/Pensionär  Kind/Schüler  
 Beamter  Nicht erwerbstätig  Student/Auszubildender/Beamtenanwärter

1. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz an der Gesamttätigkeit  %  
 Geben Sie den prozentualen Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innen-dienst) anfallenden Tätigkeiten an.

2. Anteil der körperlichen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit  %  
 Geben Sie den prozentualen Anteil der Tätigkeiten an, die üblicherweise nicht einer Bürotätigkeit zugeordnet werden können und keine reine Reisetätigkeit darstellen.

3. Anteil der Reisetätigkeit an der Gesamttätigkeit  %  
 Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen.

4. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld für das laufende Jahr und die zwei vorhergehenden Jahre an. Bei Selbstständigen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb oder aus selbstständiger Tätigkeit als Einkommen.

Jahr  Einkommen jährlich  EUR  
 Jahr  Einkommen jährlich  EUR  
 Jahr  Einkommen jährlich  EUR

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



Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen, siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1 dieses Antrags und auf den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation.

### Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden, jedoch nicht kurzfristige Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine der gestellten Fragen mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.

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 Dienstunfähigkeitsversicherung mit mehr als 30.000 EUR Jahresrente einreichen, müssen Sie uns die Ergebnisse der bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen mitteilen.

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.

1.1. Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Größe  cm Gewicht  kg

1.2. Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (wie z.B. angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen)?  ja  nein  
 Falls "ja", nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung, die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens:

1.3. Besteht ein Grad einer Behinderung, Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, einer Dienstunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit?  ja  nein  
 Falls "ja", nennen Sie uns bitte was vorliegt und was die Ursache ist:

1.4. Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis?  ja  nein

1.5. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z.B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge)  ja  nein  
 Falls "ja", welche und wann?



ML 511 01.25 PDF A 002637 - 095 - 000290 - 000000000001

**Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person**

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre**

- 1.6 Wurden Sie operiert oder ist eine **Operation** (auch ambulante Operation) in den **nächsten 12 Monaten** geplant?  ja  nein
- 1.7 Waren Sie stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus, z.B. Klinik, Praxisklinik, Rehabilitationsklinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den **nächsten 12 Monaten** ärztlich empfohlen?  ja  nein
- 1.8 Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, aufgrund derer Sie beraten, behandelt oder untersucht wurden (z.B. durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe wie z.B. Heilpraktiker, Psychologen oder Psychotherapeuten) und zwar in folgenden Bereichen?
- a) **Psyche oder Psychosomatik**  
(z. B. wegen Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, Stress- oder Erschöpfungszustände, Essstörungen, Psychosen, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuche)  ja  nein
- b) **Wirbelsäule oder Bandscheiben**  
(z. B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung)  ja  nein
- c) **Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen**  
(z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom)  ja  nein
- d) **Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen**  
(z. B. Brustkrebs, Hautkrebs, Karzinom, Melanom, Geschwülste, Zysten)  ja  nein
- e) **Gehirn oder Nervensystem**  
(z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom , mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen, Migräne)  ja  nein
- f) **Herz oder Kreislauforgane**  
(z. B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)  ja  nein
- g) **Magen, Speiseröhre, Darm, Galle, Leber oder Bauchspeicheldrüse**  
(z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen)  ja  nein
- h) **Nieren und Harnwege, Blase, Prostata oder Unterleibsorgane bzw. Geschlechtsorgane**  
(z. B. Nieren- oder Blasensteine, Zysten, Fisteln, Infektionen, Nierenentzündung, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatavergrößerung oder Prostatentzündung, Brusterkrankungen)  ja  nein
- i) **Atmungsorgane**  
(z. B. Lungen- oder Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen, Post-Covid-Syndrom)  ja  nein
- j) **Stoffwechsel**  
(z. B. Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein
- k) **Blut, Drüsen oder Milz**  
(z. B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit)  ja  nein
- l) **Allergien**  
(z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien)  ja  nein
- m) **Autoimmunerkrankungen**  
(z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritis)  ja  nein
- n) **Infektionen**  
(z. B. Covid-19, Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)  ja  nein
- o) **Unfälle oder Vergiftungen**  ja  nein
- p) **Haut**  
(z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte)  ja  nein
- q) **Augen**  
(z.B. erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien)  ja  nein
- r) **Ohren**  
(z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)  ja  nein
- 1.9 Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel oder haben Sie deswegen eine Suchtberatung in Anspruch genommen?  ja  nein
- 1.10 Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich, d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres?  ja  nein
- 1.11 Haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente oder apothekenpflichtige Arzneimittel eingenommen?  ja  nein
- 1.12 Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:

**Erläuterungen zu den mit "ja" gemachten Angaben, z. B zu Frage 1. 8a:**

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom Antragssteller und von der zu versichernden Person unterschriebenes Blatt verwenden!

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Aktuelle Medikamente	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden

**Zusätzliche Angaben**

2.1 Bestehen für Sie bei der HanseMerkur oder anderen Versicherern weitere Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, oder haben Sie solche in den **letzten 5 Jahren** beantragt?  ja  nein

**Erläuterungen zu den mit "ja" gemachten Angaben:**

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom Antragssteller und von der zu versichernden Person unterschriebenes Blatt verwenden!

Versicherer	Art der Absicherung	Höhe der monatlichen Rente?	Jahr des Abschlusses	Ist der Antrag aktiv, aktuell beantragt oder gekündigt?

2.2 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf oder beim Sport oder in der Freizeit ausgesetzt? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven oder explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie zum Beispiel Luft-, Motor-, Tauch-, Berg-, Kampf-, Wildwasser- oder Reitsport betreiben, Rugby spielen oder an Sportwettbewerben teilnehmen.  ja  nein

Falls ja, welchen?

\_\_\_\_\_

2.3 Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb Europas aufzuhalten?  ja  nein

Wenn ja, bitte Ort, Dauer und Grund des Auslandsaufenthalts angeben.

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte immer beantworten (zusätzliche Angaben)**

Wer hat die Angaben zum Gesundheitszustand in dieses Formular eingetragen:

Die zu versichernde Person?  ja  nein  
Der Vermittler?  ja  nein

**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.**

Datum  Unterschrift des Antragstellers  Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**Mir sind keine anderen Mitteilungen über aktuelle und frühere Erkrankungen/ Leiden gemacht worden. Auch habe ich keine Anzeichen für solche Erkrankungen/ Leiden bemerkt.**

Unterschrift Vermittler

Name des Vermittlers

Vermittlernummer

# 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 Versicherungen. 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 und
- 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.hansemercur.de/service/datenschutz](http://www.hansemercur.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, 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 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.**