

Bestätigung zur Risikovorfrage

Bitte beachten Sie, dass

- eine Risikovorfrage nur bearbeitet werden kann, wenn sie zusammen mit dieser ausgefüllten und unterzeichneten „Bestätigung zur Risikovorfrage“ inkl. der unterschriebenen „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ eingereicht wird
- wir die Risikovorfrage nur bei Angabe des vollständigen Namens, der Anschrift und des Geburtsdatums der zu versichernden Person bearbeiten können. Anonyme Risikovorfragen sind nicht möglich.
- die Angabe Ihrer Vertriebspartner-Nummer und Ihrer Kontaktdaten zwingend erforderlich sind.
- die Beantwortung der Risikovorfrage und das damit getroffene Votum vorbehaltlich der endgültigen Risikoprüfung bei Antragstellung gilt. Das Votum ist somit nicht bindend.

Angaben zum Vertriebspartner

Name	VEP-Nummer	
Telefonnummer	Fax-Nummer	E-Mail-Adresse

Angaben zur zu versichernden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Beruf

Zusätzliche Angaben

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Risikovorfrage und für den Fall des späteren Vertragsschlusses erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, und Ihr Versicherungsvertreter, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Risikovorfrage sowie für eine spätere Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, wird die Prüfung der Versicherbarkeit in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

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

- durch die EUROPA Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG (unter 2.) und
- nach Abschluss der Risikoprüfung (unter 3.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG

Für die Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist eine Prüfung Ihrer Anfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG und mein Versicherungsvertreter die von mir im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Risikovorfrage erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbandes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste finden Sie im Internet unter www.europa.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein *) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

Ich willige ein, dass die EUROPA 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 EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbandes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Es ist möglich, dass die Rückversicherung die EUROPA Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

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.

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 uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist eine Risikoprüfung in bestimmten Einzelfällen nicht möglich. In diesem Fall werden Sie hierüber und über die konkrete Notwendigkeit der Datenweitergabe informiert. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage beim Rückversicherer noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

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 EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und soweit es zu Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen und mit welchem Inhalt ein Versicherungsvertrag mit Ihnen angenommen werden kann.

Geben Sie uns für den Fall der Risikovorfrage über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage kann dann im Einzelfall nicht mehr möglich sein.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der EUROPA Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung

Wir und Ihr Versicherungsvermittler speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsschutz beantragen. Die Risikoprüfung gilt auch als abgeschlossen, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen.

Kommt im Anschluss ein Versicherungsvertrag mit Ihnen zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten zu Vertragszwecken.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG und mein Versicherungsvermittler meine Gesundheitsdaten – nach Abschluss der Risikoprüfung – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikovorfrage zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ich bin einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten im Fall, wenn ein Vertrag mit mir zustande kommt, über den zuvor genannten Zeitraum hinaus zu Vertragszwecken gespeichert werden.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16 und / oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen (bzw. bei Vorliegen eines / r entsprechenden Mandates / Vollmacht: Unterschrift Makler / Mehrfachagent)*

* Für Makler und Mehrfachagenten gilt: Sie können unter folgenden Voraussetzungen im Auftrag der zu versichernden Person unterschreiben,

- sofern Sie von ihr per Mandat / Einzelvollmacht bevollmächtigt wurden und
- sofern Sie zusätzlich die nachfolgende Bestätigung unterzeichnen.

Zusätzliche Bestätigung des Maklers / Mehrfachagenten

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person mich als Makler / Mehrfachagent im Rahmen eines Mandates oder einer Einzelvollmacht berechtigt hat

- die mit dieser „Bestätigung zur Risikovorfrage“ eingereichten Gesundheitsdaten an Versicherer zum Zwecke der Risikoprüfung / Angebotseinholung o. ä. weiterzugeben und zu verarbeiten,
- Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit den zuvor genannten Zwecken vom Versicherer zu empfangen und
- die „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ im Auftrag zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich meine Kundin / meinen Kunden auf die Widerruflichkeit zu dieser Einwilligung hingewiesen habe.

Zudem habe ich der zu versichernden Person alle Unterlagen im Zusammenhang mit der Voranfrage (inkl. der von mir im Auftrag unterzeichneten „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“) ausgehändigt.

Datum

Unterschrift Makler / Mehrfachagent