

Beauftragung zur Angebotserstellung - Invaliditätsversicherungen

Dokument ausgefüllt und unterschrieben zurückschicken an: Fax 0202 438-039905 oder E-Mail eprodukteba@barmenia.de

Für die Abgabe eines Angebotes müssen für jede zu versichernde Person u. a. Fragen zum Gesundheitszustand beantwortet werden - dies ist ausschließlich durch Eingabe Ihrer Angaben im Rahmen der elektronischen Angebotserstellung möglich.

Dieses Dokument wird von der Barmenia elektronisch verarbeitet. Deshalb tragen Sie im Folgenden bitte ausschließlich die hier erfragten Angaben in die dafür vorgesehenen Felder ein - darüber hinaus auf diesem Blatt gemachte Angaben z. B. zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) können nicht berücksichtigt werden.

Interessent: Name, Vorname/Firma: Geburtsdatum:

Hiermit wird der/die Versicherungsvermittler/in, beauftragt, auf der Grundlage der zu den genannten Person(en) bzw. Risiken mitgeteilten Daten und Gesundheitsangaben ein Angebot zu erstellen zur

- KISS** (Kinderinvaliditätsabsicherung)
- Opti5Rente** (erweiterte Invaliditätsabsicherung)
- Unfallversicherung**

Bezüglich des elektronischen Abschlusses der vorgenannten Versicherung(en) erkläre ich mich damit einverstanden, dass der vorgenannte Versicherungsvermittler als mein Erklärungsbote fungiert und die von mir zur Angebotserstellung und Angebotsannahme mitgeteilten Wissens- und Willenserklärungen durch Eingabe in der Angebotssoftware erfasst bzw. übermittelt.

Zu versichernde Person (Name):

1:

2:

3:

4:

5:

Wurden dem Vermittler gegenüber für die jeweilige zu versichernde Person Vorerkrankungen, Behinderungen und/oder Gebrechen angegeben?

- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein

Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern (siehe ausführliche Mitteilung auf der nächsten Seite).

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE63ZZZ0000010572

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN	<i>Bankleitzahl</i>	<i>Konto-Nr. (max. 10 Stellen)</i>	BIC (8 oder 11 Stellen)	Name des Kreditinstitutes
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Kontoinhaber: Interessent - oder: folgende Person: **Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:** **Unterschrift des Kontoinhabers**

Einverständniserklärung zur ausschließlichen E-Mail-Kommunikation mit dem Versicherer bzw. einem beauftragten Dienstleister

Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zu Stande kommt, bin ich damit einverstanden, dass mir auch nach Vertragsabschluss während der Dauer des Vertragsverhältnisses der Versicherer und beauftragte Dienstleister sämtliche vertragsbezogene Nachrichten (Erklärungen, Anzeigen, Informationen und Beitragsrechnungen) ausschließlich per E-Mail an die von mir mitgeteilte E-Mail-Adresse zustellen. Es ist mir bewusst, dass mein E-Mail-Konto im Rahmen des bestehenden Versicherungsverhältnisses die Funktion eines gewidmeten elektronischen Briefkastens hat und damit die in meinem E-Mail-Postfach eingegangenen Nachrichten des Versicherers bzw. des beauftragten Dienstleisters als wirksam zugestellt angesehen werden - unabhängig davon, ob ich die E-Mail-Eingänge abrufe oder einsehe. Zur Ermöglichung und Sicherstellung des E-Mail-Verkehrs werde ich den Versicherer unverzüglich über den Wechsel meiner zu dem beschriebenen Zweck genutzten E-Mail-Adresse informieren. Unterlasse ich diese unverzügliche Information über den Wechsel oder das Erlöschen meiner zuletzt mitgeteilten E-Mail-Adresse, werden abgesandte E-Mails des Versicherers oder des beauftragten Dienstleisters rechtlich so betrachtet, als wäre der erste Zustellversuch der jeweiligen E-Mail erfolgreich gewesen.

Von mir gewünschte E-Mail-Adresse für die E-Mail-Kommunikation:

Bevor Sie diesen Auftrag auf der Seite 4 unterschreiben, lesen Sie bitte auf der nächsten Seite die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und die Erklärungen/Hinweise. Lesen Sie bitte auch auf Seite 3 die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie den Auftrag zur Angebotserstellung und geben die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung (s. Seite 3) ab.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen.

Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil des Beitrages zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Erklärungen / Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die Kooperationspartner Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG und Johanniter Unfall-Hilfe e. V.

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG kooperiert mit der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH) dergestalt, dass die JUH an die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG ausgewählte Unfallversicherungen vermittelt, den Versicherungsnehmern als Ansprechpartner für Fragen und Beratungsbedarf zur Unfallversicherung mit Hilfeleistungen sowie für die Aufnahme/Entgegennahme von Anträgen auf Unfallhilfeleistungen zur Verfügung steht, die dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Unfall-Hilfeleistungen erbringt und die erbrachten Leistungen unmittelbar gegenüber der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG abrechnet. Zur Durchführung dieses Versicherungsvertrages und der vorgenannten Kooperation erheben und speichern sowohl JUH als auch die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG die von Ihnen im Antrag und Leistungsauftrag mitgeteilten sowie die im Verlauf der Vertragsbeziehung bei einer Leistungsfreigabe und Leistungserbringung anfallenden personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten sowie durch § 203 Strafgesetzbuch geschützte geheime Daten. Zudem übermitteln JUH und Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zu den vorstehend beschriebenen Zwecken die jeweils erhobenen vorgenannten Daten an den jeweils anderen Kooperationspartner. Für die Erhebung, Speicherung, Nutzung sowie den Austausch der Daten im Rahmen der Kooperation benötigen JUH und Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG Ihre nachfolgende Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG sowie die Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. zum Zwecke der Begründung und Durchführung dieses Vertrages und zur Aufgabenerfüllung im Rahmen der Kooperation meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten und nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten erheben, speichern und zur Speicherung und Verwendung zu den vorgenannten Zwecken an den jeweils anderen Kooperationspartner übermitteln.

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG und die JUH möchten ihre Kunden auch über ihre anderweitigen Dienstleistungsangebote sowie weitere Versicherungsprodukte informieren, wozu sie Ihre nachfolgende Einwilligung benötigen, die Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen können.

Ich bin damit einverstanden, dass die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG und die Johanniter Unfall-Hilfe e. V. meine zur Begründung und Durchführung dieses Vertragsverhältnisses angegebenen Namens- und Adressdaten zum Zwecke der Werbung für ihre eigenen Dienstleistungsangebote und die Produkte der Barmenia Krankenversicherung a. G. sowie der Barmenia-Lebensversicherung a. G. verwenden. Meine Namens- und Adressdaten dürfen an den jeweils anderen Kooperationspartner zum Zweck der Information über dessen Produkte und Angebote übermittelt werden.

Für Gesundheitsdaten sowie nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten gilt zudem folgende ergänzende Erklärung:

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/Ihre Angebotsanfrage und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, 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. an Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister, Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG selbst (siehe die vorstehenden Einwilligungen),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten für den Fall Ihres Todes (siehe unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG (siehe unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (siehe 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. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG - soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

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

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Rehabilitations-Management-Serviceleistungen und spezielle Hilfeleistungen nach einem Unfall, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligung angefügt ^①. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal angefordert werden; Telefon: 0202 438 2250; E-Mail: info@barmenia.de. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe 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

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag/die Daten zu Ihrem Versicherungsvertrag oder ihren 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG auf Grund 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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 der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 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 Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

① Anlage zur Einwilligungserklärung – Liste der Dienstleister der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

Barmenia-Unternehmen, die am gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen	
Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal	
Partner	Aufgabe(n) des Dienstleisters
Ärzte, Zahnärzte und andere	Beratung in medizinischen Fragestellungen, Erstellen von Gutachten
Assistancegesellschaften	Diverse Unfallversicherungsprodukte enthalten Serviceleistungen, die von Assistancegesellschaften erbracht werden. Solche Serviceleistungen sind z. B. – Hilfeleistungen nach einem Unfall – Rehabilitations-Management-Serviceleistungen – 24-Stunden-Informationsdienst mit umfassenden Hilfen bei Notfällen im In- und Ausland
Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Lützowstr. 94, 10785 Berlin	Hilfe- und Beratungsleistungen nach Unfall
IT-Dienstleister	Wartung und Pflege von Hard- und Software
Vermittlungsgesellschaften mit erweiterten Aufgaben (Assekuradeure)	Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Kundenbetreuung

Ort, Datum

Unterschriften von Antragsteller und mitversicherten Personen (ab vollendetem 16. Lebensjahr)

Unterschrift des Vermittlers